

# **KIVUN KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN**

## **Länsi-Talinnan keskussairaalassa**

Hoitotyön koulutusohjelma,  
sairaanhoitaja  
Opinnäytetyö  
19.03.2007

---

Katja Koivisto  
Lotta Liutu  
Kristiina Pyökeri

Degree Programme in		Degree	
Nursing and Health Care		Bachelor of Health Care	
Author/Authors			
Koivisto Katja, Liutu Lotta and Pyökeri Kristiina			
Title			
TheDevelopment of Pain Relief Documentation at the West-Tallin Central Hospital,Estonia			
Type of Work	Date	Pages	
Final Project	Spring 2007	31 + 7 appendices	
<p>ABSTRACT</p> <p>Our final project was part of the STALT project ongoing at the West-Tallin Central Hospital, Estonia.The purpose of the STALT project is to support the hospital's nursing and health care to become compatible with the EU standards.In the final project we evaluated the current pain relief documentation used at the hospital and proposed improvements when necessary. In addition, we included instructions for the nurses how to complete the pain relief document correctly. The instructions should support the treatment of the patients that were signed into the hospital.</p> <p>Our final project was a liferature review, i.d. an abstrac of many nursing scientific articles written about pain relief documentation. It was based on the most recent studies conducted, especially focusing on the results and conclusions. Additional information was collected from nursing books. In order to understand the holistic view of pain relief documentation, we analyzed various factors, forms of pain and pain relief treatment.The main focus was in documentation. In final project, we discussed the Finnish legislation regulations of health care documentation as well as included an example of good pain relief documentation. The example was taken from one hospital distric.</p> <p>Our objective was to improve the pain relief documentation amongst the nurses of West-Tallin Central Hospital, Estonia.</p> <p>Nurses have an important role in pain relief treatment, analysis and documention. They must have a strong understanding of pain and its treatment. Positive attitude, effective collaboration with the rest of the hospital staff and listening to the patient's emotions will improve the treatment results. These factors will also provide a good foundation to document and treat the pain effectively.</p>			
Keywords			
health care, pain, documentation, pain relief treatment			

Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyön koulutusohjelma		Sairaanhoitaja	
Tekijä/Tekijät			
Koivisto, Katja - Liutu, Lotta - Pyökeri, Kristiina			
Työn nimi			
Kivunhoidon kirjaamisen kehittäminen Länsi-Tallinnan keskussairaalassa			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Kevät 2007	31+7 liitettä	
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Opinnäytetyömme on osa Länsi-Tallinnan keskussairaalan STALT-hanketta, jonka tarkoitus on nostaa sairaalan hoitotyö EU-standarien mukaiseksi. Opinnäytetyömme tarkoitus oli arvioida Länsi-Tallinnan keskussairaalassa käytössä olevan kipulomakkeen toimivuutta ja tarvittaessa tehdä lomakkeeseen parannusehdotuksia. Tarkoituksemme oli lisäksi laatia kipulomakkeelle kivun kirjaamisen ohje sairaanhoitajille. Ohje on tarkoitettu sairaalassa olevan potilaan hoidon tueksi.</p> <p>Opinnäytetyömme muodostuu kirjallisuuskatsauksesta ja oppaasta hoitajille. Kirjallisuuskatsaus pohjautuu tuoreimpiin hoitotieteellisiin tutkimuksiin, erityisesti niiden tuloksiin ja johtopäätöksiin. Lisäksi aiheesta saatiin tietoa hoitoalan kirjallisuudesta. Kokonaiskuvan saamiseksi olemme työssämme esitelleet kivunkokemiseen vaikuttavia tekijöitä, erilaiset kiputyypit sekä kivunhoitotyötä. Tuomme lyhyesti esille kivun arviointia, kivun mittaamista ja kivun lääkehoitoa. Olemme painottaneet työssämme kivunhoidon kirjaamisen osuutta. Työssämme tulee esille Suomen lainsäädäntöä hoitotyön kirjaamisesta sekä esimerkki erään sairaanhoitopiirin ohjeista hyvälle kirjaamiselle.</p> <p>Opinnäytetyömme tavoite on sairaanhoitajien kehittyminen kivunhoidon kirjaamisessa Länsi-Tallinnan keskussairaalassa.</p> <p>Sairaanhoitajalla on tärkeä rooli potilaan kivun hoidossa kivun arvioijana, lääkehoidon toteuttajana sekä kivun kirjaajana. Sairaanhoitajalla täytyy olla hyvät tiedot kivusta ja sen hoidosta sekä myönteinen asennoituminen tehokkaaseen kivunhoitoon. Lisäksi on tärkeää, että sairaanhoitaja kykenee moniammatilliseen yhteistyöhön ja hänellä on riittävästi aikaa potilaan subjektiivisten tuntemusten kuuntelemiseen, selvittämiseen ja kirjaamiseen.</p>			
Avainsanat			
hoitotyö, kipu, kirjaaminen, kivunhoito			

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 KIVUN MÄÄRITTELYÄ	2
2.1 Nosiseptiivinen kipu eli kudosaauriokipu	5
2.2 Neuropaattinen kipu eli hermovauriokipu	6
2.3 Idiopaattinen kipu	6
2.4 Akuutti ja krooninen kipu	6
3 KIVUN ARVIOINTI JA HOITO	7
3.1 Kivun arvioinnin välineet	8
3.1.1 VAS-asteikko, NRS-asteikko ja VRS-asteikko	9
3.2.2 Kipupiiirros	10
3.2.3 Kipusanasto	10
3.2 Lääkehoito ja ei-lääkkeellinenhoito	11
4 KIRJAAMISEN KÄSITTEEN MÄÄRITTELYÄ JA KIVUN KIRJAAMINEN	12
4.1 Hoitotyön hyvä kirjaaminen	14
4.1.1 Hyvän kirjaamisen kriteerit	14
4.1.2 Kirjaamisen lainsäädäntö Suomessa	15
4.1.3 Kivun kirjaamisen asiakirjat	17
4.1.4 Hoitotyön kirjaamisen laatukriteerit	18
4.2 Kivun arvioinnin ja hoidon kirjaaminen	19
5 TUTKIMUSTULOKSIA KIVUSTA JA KIRJAAMISESTA	21
6 LÄNSI-TALLINNAN KESKUSSAIRAALAAN KIPU LOMAKKEEN ARVIOINTI JA KIPULOMAKKEEN PARANNUSEHDOTUS	27
6.1 Länsi-Tallinnan keskussairaalaan kipulomakkeen vastaavuus kivun kirjaamisen kriteereihin	27
6.2 Kivun kirjaamisen ohjeen lähtökohdat ja parannusehdotelman perustelut	28
7 POHDINTA	30

## LÄHTEET

## LIITTEET

## 1 JOHDANTO

Teemme opinnäytetyömme Länsi-Tallinnan keskussairaalaan. Työ on osa STALT-hanketta, jonka tarkoitus on nostaa sairaalan hoitotyö EU-standardien mukaiseksi. Opinnäytetyömme tarkoitus on arvioida Länsi-Tallinnan keskussairaalassa käytössä olevan kipulomakkeen toimivuutta ja tarvittaessa tehdä lomakkeeseen parannusehdotuksia. Tarkoituksemme on lisäksi laatia kivun kirjaamisen ohje sairaanhoitajille.

Työssämme määrittelemme sanat ”kipu” ja ”kirjaaminen”. Tämä osa työssämme on kirjallisuuskatsaus aiempaan kirjallisuuteen pohjautuen.

Tuomme esille Suomen lainsäädäntöä koskien potilaan oikeutta saada asianmukaista hoitoa. Suomessa lait, asetukset ja normit antavat potilaalle ja hoitajille oikeusturvan.

Yksi sairaanhoidon keskeisiä huolenaiheita on kysymys potilaiden kivusta ja sen lievittämisestä. Kivun lievittämisen on todettu liittyvän läheisesti sekä potilaiden että heidän omaistensa kokemaan hoitotyytyväisyyteen. Myös pyrittäessä parantamaan sairaanhoidon laatua keskeisiä tekijöitä on potilaiden kivun lievittäminen.

Kipu on moniulotteinen subjektiivinen ilmiö, joka on sidoksissa yksilön kokemuksiin ja kulttuuriin. Siksi kivun tunnistaminen, hoitaminen, kirjaaminen ja arviointi on vaativaa ja edellyttää moniammatillista tietoa ja yhteistyötä.

Opinnäytetyömme tavoite on sairaanhoitajien kehittyminen kivunhoidon kirjaamisessa Länsi-Tallinnan keskussairaalassa.

## 2 KIVUN MÄÄRITETTELYÄ

Kansainvälinen Kivuntutkimusyhdistys IASP 2003 (International Association for the Study of Pain) määrittelee kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosvaurio, tai jota kuvataan samalla tavoin. Englannin kielessä on neljä perustermiä ilmaisemaan kipua: `pain`, `ache`, `hurt`, `sore`. ( Suomi / Englanti/ Suomi sanakirja 1992 ). Suomen kielessä on kaksi sanaa: särky ja kipu.

Kivun luokittelu tapahtuu yleisemmin akuuttiin, toistuvaan ja krooniseen kipuun. Akuutille kivulle on useimmiten selkeä syy, joka voidaan hoitaa. Akuutti kipu paranee yleensä päivien tai viikkojen kuluessa. Toistuvaa kipua on esimerkiksi kuukautiskipu tai päänsärky. Kroonisen kivun erottaa akuutista kivusta sen pituus, joka on 3 - 6 kuukautta. Krooninen kipu voi olla ajoittaista tai jatkuvaa myös ilman todistettavaa kudosvaurioita. (Kalso – Vainio 2002: 85 - 90. )

Kipua voidaan luokitella myös kehon anatomian perusteella, jolloin määritelmä perustuu kivun sijainnin mukaisesti, esimerkiksi pääkipu. Kipu voidaan jakaa myös elinsysteemin mukaisesti, kuten vaskilaariseen tai ruuansulatuselinten kiputiloihin. Myös jako somaattiseen ja viskeraaliseen kipuun on tavallista, jolloin viskeraalisella kivulla tarkoitetaan autonomisen hermoston hermottamia sisäelimiä. (Kalso ym. 2002: 85 - 90.)

Idiopaattinen kipu tarkoittaa sitä, että potilaalla ei voida todeta mitään kipua selittävää kudos- tai hermovauriota. Psykogeenisestä kivusta on kyse silloin, kun krooninen kipu liittyy esimerkiksi vakavaan masennukseen. (Kalso ym. 2002: 85 - 90.)

Koneellista kivun määritelmää ei ole olemassa. Kipua arvioidaan suullisen käytöksen perusteella. Käytetyin metodi on, kun potilas täyttää skaalan kivuttomasta hyvin kivuliaaseen. (Dworkin – Breitbart 2003: 79.)

Kipuaistimus on subjektiivinen ilmiö, sen voimakkuutta, laatua ja paikkaa ei voida objektiivisesti todistaa. Käsitys potilaan kokemasta kivusta perustuu potilaan kuvaukseen kivun voimakkuudesta ja laadusta, ajallisista muutoksista ja paikasta, sekä

potilaan käyttäytymisen tarkkailuun, jos potilas ei itse kykene ilmaisemaan kipua. (Kalso 2002: 99 - 100.)

Kipua luokitellaan myös sen aiheuttajan mukaan, kuten synnytyskipu, leikkauskipu ja syöpäkipu. Aina ei kuitenkaan kivun aiheuttajaa ole mahdollista saada selville. (Kalso ym. 2002: 94 - 99.)

Yleisin luokittelumuoto on jako akuuttiin ja krooniseen kipuun. Akuutti ja krooninen kipu on perinteisesti erotettu toisistaan kivun kestolla, kroonisen kivun kesto on yli 2 - 6 kuukautta. Krooninen kipu ei usein ole vakavan vaurion tai sairauden oire, vaan siitä on tullut sairaus, oireyhtymä. Krooninen kipu voidaan myös määritellä kipuna, joka kestää pidempään, mitä kudoksen odotettu paranemisaika on. (Kalso ym. 2002: 85 - 90.)

Akuutilla kivulla on ensisijaisesti elimistöä suojaava merkitys, se varoittaa ja estää väistöheijasteen avulla lisävaurion syntymistä. Akuutille kivulle on yleensä selvä syy, joka voidaan hoitaa. Akuutin kivun patofysiologia tunnetaan ja, mikä tärkeintä akuuttia kipua voidaan hoitaa tehokkaasti. Kudosvaurion paranemisen ja hyvän kivunlievityksen ansiosta akuutit kivut paranevat päivien tai viikkojen kuluessa. (Kalso 2002: 86 - 87.)

Tyypillistä akuutille kivulle on äkillisyys, ohimenevyys ja paikannettavuus. Akuutille kivulle ominaisia fysiologisia merkkejä ovat mm. verenpaineen nousu, sydämen sykkeen tiheneminen ja hengityksen nopeutuminen. (Kalso ym. 2002: 87.)

Kipuongelmat, joiden taustalta ei löydy elimellistä syytä, saatetaan luokitella elimellisoireisiksi mielenterveyshäiriöiksi. Kipu voi jatkua kroonisena, vaikka elimellinen vamma olisi parantunut. Sama hoito saattaa tuottaa erilaisia tuloksia erilaisille ihmisille, vaikkakin heillä olisi identtinen diagnoosi. (Estlander 2003: 25 - 33.)

Kivun tuntemukseen liittyy ehdollistuminen. Ehdollistumisessa on kiteytetysti kysymys kiputuntemuksen laukaisevasta tekijästä, joille ei välttämättä ole yhteyttä kudosvaurioon tai muuhun kipua aiheuttavaan fyysiseen tekijään. Lisäksi ehdollistumisen tärkeä osa-alue on opittu käyttäytyminen, eli on opittu, että jokin tapahtuma aiheuttaa kipua. (Estlander 2003: 31 - 46). Kivun luonnetta suojausmekanismina kuvaa se, että pienet

lapset, joilla ei ole vielä kielellistä kykyä eikä kokemuseräistä suhtautumista kipuun ja sen aiheuttajiin, reagoivat kipuun monitahoisesti (Wall 1999: 62 - 65).

Nuorten kohdalla toiminnallisten ongelmien kasautuminen alkaa varhaisista nuoruusvuosista. Nuorilla esiintyvistä kroonisesta kivusta on tutkimuksia, jotka viittaavat opittuun sairauskäyttäytymiseen, esimerkkinä äidin migreenitaipumus näyttää siirtyvän tyttäreeseen. (Hyypä 1997: 108 - 109).

Keski-ikäiseen henkilöön kohdistuu monenlaisia paineita, puhutaan keski-ikäisen kriisistä. Keski-ikässä ovat tuki- ja liikuntaelimestön toiminnan oireet sekä sydän vaivat, selvästi ilmeneviä oireita. Ulkoisten kipujen esiintyminen alkaa keski-ikässä, mutta kipujen esiintyminen vähenee iän karttuessa. Keski-ikään liittyy huoli omasta ikääntymisestä, joka vanhemmiten voi järkyttää keski-ikäisen psykosomaattista tasapainoa. Esimerkkinä dementoituneen vanhuksen hoitaminen kuormittaa omaisia. (Hyypä 1997: 110-111.)

Vanhoilla ihmisillä on usein yksinäisyyteen liittyviä psykosomaattisia sairauksia ja oireita. Sosiaalinen tuki ja virikkeet ovat vanhuksilla erittäin merkittävää selviytymisen kannalta. (Hyypä 1997: 111 - 112.)

Sukupuoliset erot selittyvät erilaisella hormonitoiminnalla, nainen ja mies kohtaavat kivun eri tavalla. Naiset ilmaisevat kipua voimakkaammin kuin miehet, sekä sanallisesti, että sanattomasti. Sukupuoliset erot alkavat ilmentyä puberteetti-ikässä. Murrosikäiset tytöt oireilevat poikia enemmän, tyttöjen oireiden arvellaan liittyvän kuukautisten alkamiseen. (Hyypä 1997: 102-103).

Naiset ilmaisevat miehiä herkemmin henkiseen paineeseen liittyviä tunteita. Naiset purkavat henkisen paineen puhumalla. Miesten ja naisten fysiologinen säätelyjärjestelmä on sama, kuitenkin naisen elimistö käyttää näitä järjestelmiä miehen vastaavaa hillitymmin. Naisten tapa kohdata ristiriitatilanteita on erilainen kuin miehillä. Miehet suuntaavat vastoinkäymisten yllättäessä energiansa toimintaan, kun taas naiset puolestaan sisäisiin tunteisiinsa. Tutkimusten mukaan naisilla on kyky solmia miehiä paremmin sosiaalisia verkostoja, lisäksi naiset käyttävät tehokkaammin terveydenhoitopalveluita. (Hyypä 1997 : 102 - 103.)



Myös kipuongelmaan ylireagoivat läheiset ihmiset pitävät kipuongelmaa yllä tietämättään, kipuongelman kannalta on haitallista vähätellä läheisen ongelmaa ja myös käyttäytyä ylisuojelevasti kipupotilasta kohtaan. (Estlander 2003: 50).

Pahinta ihmiselle on kipujen vähättely. Luulosairaita ihmisiä ei juuri ole. Sen sijaan kaikki terveydenhuollon ammattilaiset eivät tunne riittävästi pitkäkestoisen kivun syntymekanismeja, ilmenemistä ja hoitoja. Hyvät psyykkiset voimavarat ovat tärkeitä kivun hallinnassa. Toisaalta henkinen uupumus voi antaa kivulle tilaisuuden. (Venäläinen 2004: D6.)

Kipuaisti on ihmisille ja eläimille hengissä selviämisen ehto. Akuutti kipu varoittaa vaarasta: kivun ansiosta opimme jo lapsena, ettei teräviin ja polttaviin esineisiin kannata koskea, eikä mennä paikkoihin, josta voi pudota. Kipu estää myös kävelemisen murtuneella jalalla ja pakottaa umpisuolen tulehduksesta kärsivän lääkäriin. (Vainio 2006: 17 - 18.)

Kivun kanssa eläminen osoittautuu tutkimusten mukaan prosessiksi, johon vaikuttavat monet seikat kulttuurista yksilön persoonallisiin piirteisiin. On esitetty, että tunteiden hallinnan alueella rauhallinen, mutta käyttäytymiseltään aktiivinen persoonallisuus sopeutuu helpommin elämän erilaisiin stressitilanteisiin kuin pahantuulinen ja passiivinen henkilö. (Vaalamo 1999:13.) Kipu on subjektiivinen kokemus, joka ilmenee eri tavalla eri ihmisillä. Kipu on erilainen sen kokijan ja ulkopuolisen havainnoijan näkökulmasta. Yksilön sisäistä kipuelämystä sellaisenaan, ei toinen voi havaita. Ulkopuolinen voi nähdä niin sanotun kipukäyttäytymisen, eli miten henkilö kipuaan ulospäin ilmentää joko sanallisesti tai sanattomasti esimerkiksi ilmeiden tai eleiden välityksellä. Joku voi voimakkaankin kivun yhteydessä näyttää ulospäin rauhalliselta, toinen taas lievänkin kivun vuoksi voi toimia dramaattisesti kärsimystä korostaen. (Tenkku 2000.)

## 2.1 Nosiseptiivinen kipu eli kudosvauriokipu

Nosiseptiivisessä kivussa kemiallinen, mekaaninen tai iskeeminen ärsyke aiheuttaa reaktion terveessä hermojärjestelmässä. Esimerkkeinä tulehdukset, iskemia tai tuumorit. Kudosvaurion vapauttamat tulehduksen välittäjäaineet voivat aktivoida tai herkistää hermopäitä. Myös viskeraalinen kipu eli sisäelinkipu on nosiseptiivistä kipua. Kipu

syntyy sisäelimiä hermottavien, autonomisen hermostoon kuuluvien tuovien hermosäikeiden aktivoitumisesta. Viskeraalisen kivun ominaisuuksia ovat: kivun vaikea paikannus, kipu tuntuu laajemmalla alueella kuin se elin, josta kipu on lähtöisin. Kaukokipu on yleistä ja kipuun kuuluu autonomisia oireita, esimerkiksi kalpeutta, hikoilua, sydämentykytystä ja pahoinvointia. (Kalso ym. 2002: 94 - 95.)

## 2.2 Neuropaattinen kipu eli hermovauriokipu

Neuropaattinen kipu tarkoittaa kipua, jonka syynä on vaurio tai toimintahäiriö kipua välittävässä hermojärjestelmässä. Neuropaattinen kipu johtuu hermovauriosta. Vaurio voi olla perifeerinen, esimerkiksi kolmoishermosärky, rannekanavaoireyhtymä, perifeerinen polyneuropatia. Vaurio voi olla myös sentraalinen, esimerkiksi aavesärky, aivohalvauksen jälkeinen toispuolikipu. Tai vaurio voi olla kombinoitunut, esimerkkinä vyöruusun jälkeinen neuralgia. Neuropaattiselle kivulle tyypillisiä piirteitä ovat epänormaalit tuntemukset kuten pistely, puutuminen kipualueella, polttava tunne tai tuntohäiriöt. Neuropaattiselle kivulle on tavanomaista huono vaste kipulääkkeille, siksi akuutin kivunhoito on avainasemassa kroonisen kivun ehkäisyssä. (Kalso ym. 2002: 97 - 98.)

## 2.3 Idiopaattinen kipu

Idiopaattinen kipu tarkoittaa sitä, että potilaalla ei voida todeta kipua selittävää kudosta tai hermovauriota. Potilaat joilla ei somaattisia kudos- tai hermovaurioita voida todeta, on jaoteltu erilaista käyttäytymistä kuvaavien diagnoosien perusteella. Krooninen kipu voi liittyä vakavaan depressioon tai deluusiohäiriöön tai olla selvä konversio-oire, jolloin potilaalle asetetaan psykogeeninen kipu diagnoosiksi. (Kalso ym. 2002: 99.)

## 2.4 Akuutti ja krooninen kipu

Akuutti kipu on yllättävä kivun tunne, joka varoittaa elimistöä uhkaavasta kudosvauriosta. Akuutti kipu on mielekästä, koska syy kipuun tiedetään ja sen oletetaan lievittyvän asianmukaisella hoidolla. Akuutti kipu on tärkeää hoitaa ajoissa, jotta voidaan ehkäistä kivun kroonistuminen. Akuutti kipu ei jätä jälkiä keskushermostoon toisin kuin krooninen kipu, joka aiheuttaa pysyviä muutoksia hermostossa. (Sailo 2000: 34 - 35.)

Kroonisesta kivusta puhutaan kun kipu on kestänyt 3-6 kuukautta tai yli normaalin kudosten parantumisaian. Akuutin ja kroonisen kivun välinen raja on kuitenkin epäselvä ja jotkut kiputilat sisältävät piirteitä molemmista. Akuutin ja kroonisen kivun merkitys, mekanismit ja hoitokeinot ovat erilaisia. Krooninen kipu voi olla myös ajoittaista mutta kuitenkin toistuvaa. Kroonisessa kivussa kipu ei toimi enää elimistön varoitusmerkkinä. Krooninen kipu on sairaus, joka aiheuttaa kärsimystä ja heikentää potilaan elämänlaatua. (Sailo 2000: 34 - 35; Estlander 2003: 16.) Kroonistuessaan kipu menettää suojaavan merkityksensä: se vain rajoittaa toimintakykyä ja aiheuttaa masennusta. (Vainio 2006: 18.)

Akuutin kivun tehokas hoito on tärkeää, jotta voidaan ehkäistä kivun kroonistumista ja palauttaa normaali liikunta- ja toimintakyky. Kivun hoidon onnistumisella on merkitystä paitsi potilaalle itselleen, hänen läheisilleen ja häntä hoitavalle henkilökunnalle. Kivun hoidosta seuraavia positiivisia tuloksia ovat potilaan kivun poistuminen tai lievittyminen ja hyvä olo. Kivun hoidon onnistuminen edellyttää hoitohenkilökunnalta hyvää tietämystä kivusta ja sen hoidosta, myönteistä asennoitumista riittävään kivun hoitoon, moniammatillista yhteistyötä sekä riittävästi aikaa potilaan kipukokemusten selvittämiseen. (Hovi - Salanterä 2000: 10.)

### 3 KIVUN ARVIOINTI JA HOITO

Toimintaympäristö voi edistää tai rajoittaa sairaanhoitajan toimintaa hänen toteuttaessaan kivunhoitotyötä. Kivunhoitotyötä toteutettaessa sairaanhoitajan päätöksentekoon vaikuttavat ympäristötekijät, jotka eivät aina ole kontrolloitavissa. Sairaanhoitajat kokevat työssään kiirettä, eivätkä he voi toteuttaa kivunhoitoa niin hyvin kuin osaisivat. Kiireisessä ilmapiirissä sairaanhoitajan tieto ja kokemus kivusta eivät kartu. Tieto ei kulje, koska kivunhoidon kirjaaminen jää puutteelliseksi ja kivunhoidolle asetetut tavoitteet jäävät ristiriitaisiksi tai puuttuvat kokonaan. Kivun arviointia ei tehdä erillisenä hoitotyön toimintona vaan yhtä aikaa muiden toimintojen kanssa, esimerkiksi verenpaineen tai lämmön mittauksen kanssa. Jatkuvat keskeytykset ja usea tehtävän suorittaminen yhtä aikaa vaikeuttavat potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutussuhdetta. Sairaala on monimutkainen organisaatio, jossa voi olla vaikea nähdä potilaan hoitoa kokonaisuutena ja vastuut voivat jäädä epäselviksi. Hoitotyön toimintamalli ja käytettävissä olevat henkilöstöresurssit ovat oleellisia asioita kivunhoidon toteuttamisen

kannalta. Kivunhoidon suunnitelman laatiminen tarkoittaa sekä tavoitteen asettamista kivunhoidolle että hoitomenetelmien valintaa. (Kauppila 2006: 26 - 29.)

Yhteistyö hoitajan ja potilaan välillä on lähtökohta hyvälle hoidolle. Huomioon on myös otettava potilaan sosiaalinen tukiverkko, jotta hoitotyö olisi kokonaisvaltaista. Hoitotyön keskeisenä tavoitteena on, että potilas omaa elämänsä hallinnan ja selviytyy arjesta. Tähän ei päästä, ellei sekä potilas että hoitaja toimi yhteistyössä. Hoitajan tavoitteena on saada aikaan potilaassa kasvua, kehitystä ja kypsymistä, jotta toiminta- ja selviytymiskyky paranisivat. Potilaalla on sama päämäärä. (Iivanainen - Jauhiainen - Korkiakoski 1995: 22.)

Potilaan ja hoitajan yhteistyösuhde on ainutkertainen. Se ei koskaan toistu samanlaisena. Siinä ovat aina läsnä sekä potilaan että hoitajan olemisen kaikki perusmuodot. Potilaan ja hoitajan välisessä yhteistyösuhteessa tiivistyy hoitotyön ydin: aito, välittävä huolenpito ja läsnäolo. (Holmia - Myllynen - Murtomäki - Valtonen 2003: 14.)

### 3.1 Kivun arvioinnin välineet

Sairaanhoitajan rooli kivun arviojana on merkityksellinen, mikäli sairaanhoitaja ei tunnista kipua se saattaa jäädä kokonaan hoitamatta. (Salanterä - Hovi - Routasalo 2000: 20.) Toisaalta kivun tiedostaminen ja siihen keskittyminen saattaa lisätä kivun tunnetta, kun taas keskittyminen pois kivusta vähentää kivun kokemista. (Dworkin ym.2003: 87.)

Usassa lääkärit ovat tutkineet sitä, että pelko saattaa pitkittää kivun tunnetta, menneen kivun muistaminen ja kuvaaminen, sekä kuvaamisen mittaaminen on erittäin hankalaa. Usein edesmennyt kipu tunnetaan suurempana, kun kokemus kivusta liittyi negatiiviseen asiaan. Vastaavasti esimerkiksi synnytyskipua muistellessa kipua vähätellään. (Dworkin ym.2003: 84 - 85.)

Sairaanhoitajat sanoivat potilaansa ilmaisevan kipuaan useimmiten kertomalla kivustaan, seuraavaksi eniten hoitajat päättelivät potilaan liikkumattomuuden olevan ilmaus kivusta. Myös kasvojen ilmeestä sairaanhoitajat päättelevät potilaallaan olevan kipua. Potilaan kipua helpottavaksi keinoksi sairaanhoitajat nimesivät useimmiten

levon, toisaalta kipua useimmiten pahentavaksi asiaksi nimettiin liikunta. (Hovi - Lauri 1997: 64.)

Potilaan kertomusta voidaan täydentää seuraavilla kysymyksillä:

Milloin kipu on alkanut?

Miten kipu on alkanut?

Miltä kipu tuntuu, onko se kuumottavaa, pistävää, polttavaa tai jomottavaa?

Heijastuuko kipu olkapäähän, käteen, jalkaan tai muuhun kehon osaan?

Paheneeko kipu liikkeessä tai levossa?

Vaikuttaako vuorokauden aika kiputuntemuksen voimakkuuteen?

Vaikuttaako kylmä tai kuuma kipuun?

Onko kipu jatkuvaa vai onko se välillä poissa? milloin se mahdollisesti on poissa?

Onko potilas saanut aikaisemmin hoitoja, miten ne ovat vaikuttaneet?

( Sailo 2001: 18 – 19.)

Yleisin virhe kivun arvioinnissa on ajatus siitä, että hoitohenkilökunta voi arvioida potilaan kivun voimakkuutta, olemassaoloa ja luonnetta. Sama kipuärsyke ei kuitenkaan tuota samanlaista kipukokemusta eri potilaille, vaan kipukokemus on aina yksilöllinen. Tästä syystä potilaan oma arvio kivusta on luotettavin. Kivun arvioiminen on jatkuva ympyrä, jossa kipua mitataan, toteutetaan kivunhoitoa sekä arvioidaan kivunlievitystä ja kivunhoidon tehokkuutta uudelleen arvioinnilla. Ilman potilaan arvioita kivun voimakkuudesta riittävä kivunlievitys jää toteutumatta. (Kinnunen 2003: 29.)

Kivun arviointiin on kehitetty paljon erilaisia kipumittareita. Rutiinikäyttöön valitun mittarin tulee olla tutkitusti luotettava ja vastata yksilön tarpeita. Kipumittarin tulee olla niin yksinkertainen, että sen käyttö on helppo opettaa. Sen tulee antaa luotettavaa tietoa kivun voimakkuudesta ja arvion tulee olla helposti muutettavissa esimerkiksi numeroiksi. Kipumittarilta tulee löytyä hoitohenkilökunnan yhteinen kivunhoidon tavoitearvo. Lisäksi kipumittarin tulee olla hinnaltaan edullinen, helposti puhdistettava sekä helposti omaksuttava eri kulttuurista tuleville potilaille. (Kinnunen 2003: 29.)

### 3.1.1 VAS-asteikko, NRS-asteikko ja VRS-asteikko

Yleisemmin käytetty kivun voimakkuuden mittaamiseen tarkoitettu asteikko on kipujana (Visual Analogue Scale, VAS) (liite1). Alkuperäisessä muodossaan kipujana on 10 cm pitkä vaakasuora jana. Janan vasen ääripää kuvaa tilannetta, jossa potilaalla on kovin kuviteltavissa oleva kipu. Potilas merkitsee janalle pystyviivan sille kohdalle,

joka kuvaa hänen kipunsa voimakkuutta. Kipujanasta on kehitetty erilaisia versioita kliiniseen työhön mm. kipukiila, joka on joko 10 cm tai 50 cm pitkä, vasemmalta oikealle kasvava punainen kiila, jossa punainen väri havainnollistaa kipua. Kipujan lisäksi luotettavia kipuasteikoita ovat myös numeraalinen asteikko (Numeric Rating Scale, NRS) ja sanallinen asteikko (Verbal Rating Scale, VRS). Tavallisin käytetty numeraalinen asteikko on 0-10, jolloin 0 kuvaa kivuttomuutta ja 10 kovinta kuviteltavissa olevaa kipua. Tavallisin sanallinen asteikko on viisiportainen (ei kipua, lievä, kohtalainen, voimakas ja sietämätön kipu). (Kokki 2004: 31 - 32.)

Kunnollinen kipujan käyttö ja ohjaus on hyvin merkityksellinen hoidon onnistumisen kannalta. Mikäli potilaan on vaikea ymmärtää, mitä pahin mahdollinen kipu tarkoittaa, hän voi yrittää muistella pahinta kokemaansa kipua ja verrata sitä nykytilanteeseen. Potilaan annetaan itse valita sopivin kivun mittaustapa ohjauksen perusteella. Eri vaihtoehtoja kannattaa kokeilla. Kipujana on käytännöllinen perusväline kivun mittaamiseen. Sitä voi vapaasti soveltaa ja muokata tilanteeseen ja potilaalle sopivaksi. Kipujana on hyvä apuväline myös, jos potilas ei tule ymmärretyksi omalla äidinkielellään. (Sailo – Vartti 2000: 103.)

### 3.2.2 Kipupiiirros

Kipupiirokseen (liite2) potilas voi itse tai hoitajan avustamana piirtää kipeät kohtansa. Piirokseen sisältyy myös erilaisia merkkejä kuvaamaan erityyppistä kipua. Toiset potilaat voivat tarvita enemmän aikaa piirroksen täyttämiseen. Joillekin potilaille oman kivun ja tuskan esittäminen piirroksen avulla voi olla liian vaikeaa ja teoreettista. Kun potilas on täyttänyt kipupiiroksen, hänen kanssaan keskustellaan piirroksesta. Kivun toispuoleisuus ja sijoittuminen anatomisesti hermojen alueiden mukaan antaa viitteitä kivun syntymekanismeista. Kipupiiirros kertoo potilaan kokonaisvaltaisesta voinnista. (Sailo ym. 2000: 100 - 101.)

### 3.2.3 Kipusanasto

Kipusanaston (liite3) avulla voidaan arvioida kivun voimakkuutta ja erottaa akuutti kipu kroonisesta kivusta. Sanallisessa kipumittarissa on jokaiselle kuvaavalle sanalle määritetty numeerinen arvo kuvaamaan sen ilmaisevan kivun voimakkuutta. Sanat on luokiteltu eri luokkiin ja siirtyminen luokasta toiseen merkitsee kivun voimakkuuden

muutosta. Kipusanojen numeeristen arvojen summa on kipuindeksi, joka kuvaa potilaan kivun voimakkuutta sillä hetkellä. (Sailo ym. 2000: 103 - 104.)

Kipumittarien käytössä ja valinnassa hoitajalla on mahdollisuus käyttää luovuuttaan ja osaamistaan valitessaan oikeanlaista mittaria oikealle potilaalle. Erilaisia mittareita voidaan yhdistellä ja käyttää lomittain. Monia ns. lasten mittareita voidaan käyttää apuna esimerkiksi vanhusten tai muuten huonosti kommunikoivien kanssa. (Sailo ym.2000: 105 - 106.)

### 3.2 Lääkehoito ja ei-lääkkeellinen hoito

Lievien ja lyhytaikaisten kipujen hoitoon käytetään kipulääkkeitä, joista useimmat kuuluvat tulehduskipulääkkeiden ryhmään. Tavallisimpia tulehduskipulääkkeitä ovat ibuprofeeni, ketoprofeeni ja asetyylisalisyylihappo. Tulehduskipulääkkeet lievittävät lieviä ja keskivaikeita kipuja sekä alentavat kuumetta. Niiden vaikutuskohta on kudosten kipuhermopäätteessä. Niitä käytetään leikkausten ja vammojen jälkeisiin kipuihin sekä migreeniin, kuukautiskipuihin ja kroonisiin lihas- ja luustokipuihin. Neuropaattisessa kivussa tulehduskipulääkkeistä ei yleensä ole apua. (Vainio 2004: 74-75; Kalso - Vainio 2002: 127, 130.)

Tulehduskipulääkkeiden käyttöön liittyy myös haittavaikutuksia, joista osa voi olla vakaviakin. Tulehduskipulääkkeiden annoksilla on yläraja. Suurempia annoksia käytettäessä haittavaikutusten riski kasvaa. Parasetamoli on yleisesti käytetty mieto särkylääke, joka ei kuitenkaan kuulu tulehduskipulääkkeisiin, koska sillä ei ole tulehdusta estävää vaikutusta. (Vainio 2004: 74 - 75; Kalso - Vainio 2002: 127, 130.)

Opioidit ovat keskushermostoon vaikuttavia kipulääkkeitä, joiden kipua lievittävä teho on suurempi kuin tulehduskipulääkkeiden. Opioideja käytetään muun muassa suurten leikkausten ja vammojen sekä syövän loppuvaiheen aiheuttamien kipujen hoitoon. Neuropaattisessa kivussa opioideista on joskus hyötyä, mutta aina ei. Kroonisessa kivussa opioidit eivät ole ensisijainen lääke niiden aiheuttaman riippuvuuden vuoksi. Pitkäaikaisessa käytössä opioideille myös kehittyy toleranssi. Opioidit jaetaan keskivahvoihin, kuten esimerkiksi tramadoli ja kodeiini ja vahvoihin, kuten esimerkiksi morfiini ja oksikodoni. (Vainio 2004: 76 - 77.)

Muita kivunhoitoon, erityisesti kroonisen kivun hoitoon käytettäviä lääkkeitä ovat masennuslääkkeet, joita voidaan käyttää esimerkiksi migreenissä sekä kroonisessa selkäkivussa. Myös epilepsialääkkeitä käytetään kivunhoidossa. Niiden käyttöaiheita ovat hermovauriokivut, esimerkiksi kolmoishermosärky. Puudutusaineet eli paikallispuudutteet ovat yksi kivunhoidon muoto, jota käytetään lähinnä lääketieteellisiin tutkimuksiin ja toimenpiteisiin liittyvissä kivuissa. (Vainio 2004: 78 - 79, 83.)

Kipua voidaan hoitaa myös ei-lääkkeellisesti. Ei-lääkkeellisiä hoitomuotoja, kuten fysioterapia, psykologinen kivunhoito sekä akupunktio käytetään usein lääkehoidon rinnalla. (Vainio 2004: 86 - 87.)

Mielihyvää aiheuttavat tekijät vähentävät kroonista kipua ja mielihäiriö lisää sitä. Kipupotilaan kannattaa lisätä elämäänsä mielihyvää tuottavia asioita ja pyrkiä eroon mielihäiriöä tuottavista. (Vainio 2006: 132.)

#### 4 KIRJAAMISEN KÄSITTEEN MÄÄRITTELYÄ JA KIVUN KIRJAAMINEN

Kirjaamisella tarkoitetaan Nykysuomen sanakirjan (1996) mukaan merkitsemistä, panna tai viedä kirjaan, kirjoihin sekä usein myös luettelointia. Hoitotyössä kirjaamisesta käytetään yleisesti englannin kielestä johdettua dokumentointi (documentation) -sanaa. Kirjaamisella tarkoitetaan potilaan tai asiakkaan tarpeiden määrittämistä, hoitotyön suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin kirjaamista sitä varten suunnitellulle lomakkeelle. (Palviainen 2005: 52.)

Potilaan hoidon kirjaamisen eli dokumentoinnin tehtävänä on luoda edellytykset hoidon etenemiselle, turvata hoitoa koskeva tiedon saanti, varmistaa hoidon toteutus sekä turvata hoidon jatkuvuus. Kirjaamisen merkitys on lisääntynyt viime vuosina, koska terveydenhuoltojärjestelmä elää erilaisten muutosten alla: hoitoajat lyhenevät, tietotekniikka valtaa alaa potilastietojen hallinnassa ja potilaat omaisineen ovat entistä tietoisempia omista oikeuksistaan. (Blomster ym.2001: 181.)

Tiedot tulee kirjata ja tallentaa siten, että ne palvelevat potilaan hoidon suunnittelua, toteutusta ja arviointia tarvittaessa koko elämänsä ajan. Hoidon tavoitteet tulisi



asettaa niille osa-alueille, jotka on valittu potilaan tai asiakkaan hoitosuunnitelmaa määrittäessä. Tavoitteiden asettaminen on moniammatillista toimintaa, johon potilaan tai asiakkaan tulisi osallistua kykyjensä mukaan ja potilaan suostumuksella myös hänen omaisensa tai läheisensä. Hoitotyön kirjaamisesta syntynyttä aineistoa voidaan käyttää hyväksi myös hoitojakson päättymisen jälkeen, tämän vuoksi kirjaaminen on olennainen tiedonlähde myöhemminkin, jolloin kirjaamisen tulee olla tarkkaa ja paikkaansa pitävää. (Palviainen 2005: 23.)

Kirjaamisen tehtävänä on luoda edellytykset potilaan hoidon etenemiselle ja jatkuvuudelle. Sillä turvataan hoitoa koskeva tiedon saanti ja varmistetaan hoidon toteutus ja sen seuranta. (Lauri 1991: 6; Lauri – Eriksson - Hupli 1998: 94.) Kirjaamisen tarkoituksena on toimia tiedon lähteenä ja oikeudellisena dokumenttina siitä, mitä päätöksiä on tehty, miksi, koska ja kuka päätöksiä on tehnyt, ja miten ne ovat vaikuttaneet (Nenonen 1996: 19; Nenonen - Heinonen 1999: 17). Kirjaaminen on oikeudellinen turva samanaikaisesti sekä potilaalle että henkilökunnalle. Kirjaamisella on suuri merkitys selvittäessä jälkeinpäin tilanteita, joista vaaditaan potilasvahinkolain nojalla korvauksia. (Aalto 1998: 40.)

Hoitotyön kirjaamista tulisi kehittää enemmän arvioivaan suuntaan. Kirjaaminen on tällä hetkellä pitkälti toteavaa. Osastolle voidaan nimetä kirjaamisesta vastaava sairaanhoitaja, jonka tehtävänä on säännöllisesti arvioida hoitotyön kirjaamista. Potilaan vointia kuvataan usein hoitotoimenpiteiden suorittamisena. (Lauri – Lehti – Heinonen – Mäki-Karttula 1993: 16; Lehti – Lauri - Heinonen 1996: 17, 2000: 16; Nenonen - Heinonen 1999:12).

Sairaanhoitaja voi osoittaa kirjaamisella vastuullisuutta ja tuoda esiin havaintonsa, tekemisensä ja tekemättä jättämiset. Kirjaamisella voidaan arvioida työntekijän ammattitaitoisuuden tiettyjä osa-alueita, kuten teoria- ja kokemustiedon hyödyntämistä. Hoitotyön suunnitelman käytön tiedetään lisäävän työmotivaatiota ja vähentävän kustannuksia. Näin työntekijälle selkiintyy työtehtävien vaatimien taitojen moninaisuus, työtehtävien sisällön mielekkyys ja hoitotyön toiminnan tuloksellisuus. Lisäksi selkiintyvät työtehtävien merkitys potilaan kannalta, hoitajan mahdollisuus itsenäiseen toimintaan, vastuuseen sekä tiedonkulun paranemisen tuomat hyödyt potilasturvallisuudessa ja kustannuksissa. (Halila 1999: 18.)

#### 4.1 Hoitotyön hyvä kirjaaminen

Hoitotyön hyvä kirjaaminen työssämme perustuu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin RAFAELA/PCM hankkeeseen, jossa kirjaamista on kehittänyt erillinen työryhmä. Hanke on toteutettu vuonna 2004. Lähdekirjallisuutena työryhmä on käyttänyt Hallilan (1999) hoitotyön kirjallista suunnitelmaa sekä Sinivuoren (2003) Jorvin sairaalan minimikriteereitä. Kirjaamisen ohjeet ovat käytössä erikoissairaanhoidossa. Hyvä kirjaaminen tuottaa tietoa potilaan hoidosta ja hoidon etenemisestä. Kirjaaminen varmistaa hoidon toteutumisen ja seurannan. Asianmukainen kirjaaminen turvaa hoitoa koskevaa tiedon saantia, sekä huomioi laillisuusnäkökulman. (Rafaela -hanke kirjaamistyöryhmä 2004: 2.)

Hoitotyön kirjaamismerkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja käyttötarkoituksensa kannalta tarpeellisia. Virheelliset ja tarpeettomat tiedot on ilman viivytystä oikaistava, poistettava tai täydennettävä, kuitenkin niin, että alkuperäinen sekä korjattu pitää olla aina luettavissa. Potilasasiakirjoihin on tehtävä merkinnät ammattihenkilöstön havainnoista, arvoista, johtopäätöksistä ja hoidosta sekä seikat, joihin arviot perustuvat. Potilasasiakirjoista tulee ilmetä, kuinka hoito toteutettiin ja ilmenikö hoidon aikana jotain erityistä. (Rafaela-hanke kirjaamistyöryhmä 2004: 10 - 11.)

Potilaalla on oikeus saada selvitys terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan niin, että hän ymmärtää sen sisällön. Potilaalla on oikeus tarkistaa, mitä tietoja hänestä on merkitty potilaskirjoihin. (Rafaela-hanke 2004: 2.)

##### 4.1.1 Hyvän kirjaamisen kriteerit

Hyvän kirjaamisen kriteereiksi voidaan luetella seuraavat tekijät:

1. Teksti on luettavaa
2. Teksti on asiatyylillä
3. Potilaan äidinkieli on huomioitu, tarvittaessa tulkin käyttö
4. Päiväyksessä näkyvät päivä, kuukausi ja vuosi
5. Hoitava yksikkö on kirjattu
6. Potilaan tulotilanne on kirjattu

7. Hoitotyön tarpeet on kirjattu
  8. Hoitotyön tavoitteet on kirjattu
  9. Hoitoon vaikuttavat oleelliset perussairaudet on kirjattu
  10. Allergiat on kirjattu, lääke-, ja ruoka-aine
  11. Riskitiedot on kirjattu, tubi, hiv, mrsa, hepatiitti
  12. Aistielinten ja liikuntakyvyn poikkeavuudet on kirjattu apuvälineineen
  13. Lääkärin määräysten toteutuminen on kirjattu
  14. Hoitotyötoiminnot on kirjattu reaaliajassa
  15. Potilaan ja/tai omaisten oma ilmaus saamastaan hoidosta on kirjattu
  16. Hoitajan antama ohjaus on kirjattu
  17. Potilaan ja/tai omaisten arvio ohjauksesta on kirjattu
  18. Potilaan saamat kirjalliset ohjeet on kirjattu.
  19. Jatkohoito on kirjattu
  20. Hoitotyön loppuarviointi on kirjattu
  21. Hoidon keskeyttäminen potilaan omasta tahdosta on kirjattu
  22. Hoitajan etu- ja sukunimi sekä virkanimike on kirjattu jokaisen kirjaamisen jälkeen.
  23. Opiskelijan kirjaamisen jälkeen hoitaja varmentaa merkinnät omalla nimellään
  24. Virheellinen merkintä poistetaan siten, että se on todennettavissa myöhemminkin (muuttajan nimi on kirjattu ja muutoksen ajankohta).
- (Rafaela –hanke 2004: 13 - 16.)

Hoitotyön kirjaamisesta syntyneitä aineistoa voidaan käyttää hyväksi myös hoitojakson päättymisen jälkeen, tämän vuoksi kirjaaminen on olennainen tiedonlähde myöhemminkin, jolloin kirjaamisen tulee olla tarkkaa ja paikkaansa pitävää. (Palviainen 2005: 23. )

Hoitotyön hyvään kirjaamiseen vaikuttaa moni asia. Hyvän kirjaamisen edellytyksiä ovat tietoperusta, henkilökohtaiset ominaisuudet ja ulkoiset resurssit. Pienet seikat voivat vaikuttaa siihen, ettei kirjaamisen laatu yllä sille asetettuihin tavoitteisiin. Laadun parantamiseksi on tehty tutkimusta ja annettu koulutusta. Kehitystä tapahtuu, mutta totuttujen tapojen ja käytäntöjen muokkaaminen vaatii aikaa ja muutosta ajattelutavassa. Saavutettua laatutasoa voi heikentää muutokset hoitotoiminnoissa ja hallinnollisissa järjestelyissä, henkilökunnan vaihtuvuus sekä kirjaamisen seurannan laiminlyönti. (Lehti ym. 2000: 34.)

#### 4.1.2 Kirjaamisen lainsäädäntö Suomessa

Kirjaamisella on tärkeä oikeudellinen merkitys. Kirjaamisella suojellaan sekä potilaiden että terveydenhuoltohenkilöstön oikeusturvaa. Esimerkiksi potilasvahinkotapauksissa asiakirjoihin tehtyt merkinnät helpottavat hoitoon liittyvien epäselvyyksien

selvittämisessä. Kirjaamisella on myös yhteiskunnallinen merkitys, sillä kirjattuja tietoja voidaan käyttää terveydenhuollon suunnitteluun, hallintoon sekä opetus- ja tutkimustarkoituksiin. Kirjaaminen on merkittävää myös hoitajan toteuttamalle hoitotyölle ”se mitä ei ole kirjattu, ei ole tehtykään”. Kirjaamisen avulla pystytään seuraamaan potilaan vointia, voinnissa tapahtuvia muutoksia ja erilaisten auttamismenetelmien vaikuttavuutta. Kirjaamisella turvataan myös potilaan hoidon jatkuvuus työvuorojen vaihtuessa. (Blomster ym.2001:181.)

Suomen sosiaali- ja terveysministeriö on määritellyt erikseen sellaiset minimietoryhmät, joiden tulee sisältyä potilas asiakirjoihin. Potilasrekisteriin tulee tallentaa hoidon kannalta ainakin seuraavat tiedot:

- Toimintayksikön / yksityisen ammatinharjoittajan nimi
  - Potilaan yksilöimiseksi tarpeelliset henkilötiedot
  - Hoitoon saapumisaika ja hoitojakso
  - Esitiedot aikaisemmista terveyden tilaan vaikuttavista seikoista
  - Potilasasiakirjojen saapumisen ajankohta ja alkuperä ja niihin liittyvä potilaan lupa tilaukseen ja lähettämiseen toiseen sairaalaan
  - Tiedot potilaan terveydentilasta ja sen kehittymisestä hoidon aikana
  - Tiedot potilaalle tehdyistä tutkimuksista ja annetusta hoidosta
  - Tiedot taudin määrittämisestä
  - Tiedot annetuista toimenpideohjeista
  - Yhteenveto hoitojakson jälkeen edellä mainituista seikoista
  - Annetut lääkärin lausunnot ja muut todistukset
  - Merkinnän tehneiden henkilöiden nimi ja asema, sekä merkinnän ajankohta.
- (Kleemola – Tervo – Pellikka 1998: 55. )

Opiskelijoiden tekemät merkinnät eivät ole sellaisenaan hyväksyttävä juridisesti. Opiskelijan tekemiin merkintöihin tarvitaan esimiehen, ohjaajan tai hänen valtuuttamansa henkilön hyväksyntä. (Kleemola ym. 1998: 55.)

Suomen sosiaali- ja terveysministeriön antamilla määräyksillä ei voida kuitenkaan syrjäyttää henkilörekisterilain tai muun lain säädöksistä johtuvia vaatimuksia. Kirjaamisessa tulee huomioida henkilörekisterilain huolellisuus- ja suojaamisvelvoitteet. Tallennettavien tietojen tulee olla käyttötarkoituksen kannalta tarpeellisia ja virheettömiä. Arkaluontoisia asioita voidaan tallentaa vain, mikäli se on hoidon kannalta välttämätöntä. (Kleemola ym.1998:6, 52 - 54.)

- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/17.8.1992) määrittää, että potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salassa pidettäviä. Potilastietoja ei saa

antaa sivullisille ilman potilaan antamaa kirjallista lupaa. Mikäli potilaalla ei ole edellytyksiä arvioida annettavan suostumuksen merkitystä, kirjallisen luvan voi antaa hänen laillinen edustajansa. Tässä laissa sivullisilla tarkoitetaan muita kuin asianomaisessa yksikössä potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvia henkilöitä.

Tästä huolimatta tietoja voidaan antaa:

- Tuomioistuimille, muulle viranomaiselle tai yhteisölle, joilla on tiedonsaantiin laissa säädetty oikeus.
- Potilaan tutkimuksen ja hoidon järjestämiseksi tarpeellisia tietoja toiselle terveydenhuollon toimintayksikölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle potilaan suullisen suostumuksen tai asiayhteydestä muuten ilmenevän suostumuksen mukaisesti
- Tajuttoman tai muun siihen verrattavan syyn vuoksi hoidettavana olevan potilaan lähiomaiselle tai muulle hänen läheiselleen tieto potilaan tilasta tai hänen terveydentilastaan, jollei ole syytä olettaa, että potilas kieltäisi näin menettelemästä.

#### 4.1.3 Kivun kirjaamisen asiakirjat

Hoidon kirjaamiseen käytetään erilaisia potilasasiakirjoja. Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja, jotka sisältävät potilaan terveydentilaa koskevia muutoksia. Potilasasiakirjoja ovat hoito- ja tutkimustiedot, erilaiset läheteet, tulokset ja lausunnot, ajanvaraus- ja potilaspäiväkirjat, luettelot ja kortistot, atk- tallenteet sekä ääni -, filmi- ja videotallenteet. Hoitotyön kirjaaminen on hoitosuunnitelman ja potilaan kliinisen tilan seurannan kirjaamista. Siinä voidaan käyttää avuksi erilaisia apulomakkeita, kuten nestelistaa, teho-osaston tarkkailu-, anestesia- tai verenpaineen tarkkailulomaketta. Hoitotyön kirjaaminen on hoitotyön toteutuksen arvioivaa kirjaamista, joka sisältää potilaan tilan arviointia. Vuonna 2000 Suomessa hoitajat käyttivät keskimäärin 10 % työajastaan kirjaamiseen. (Partanen 2000: 19).

Sairauskertomus on oikeudellinen potilasasiakirja, josta ilmenee potilaan aikaisempi ja nykyinen terveydentila. Terveydentilan perusteella kirjataan potilaan hoidon tarve, hoitosuunnitelma ja -toteutus, sekä arvio hoidosta. Sairauskertomusta voidaan käyttää myös laadunvarmistukseen, tutkimukseen, hoidon laillisuuden osoittamiseen, opiskelijoiden opetukseen, ammatillisen ja eettisen vastuun osoittamiseen. (Blomster ym. 2001:182.)

Potilaan sairauskertomuksesta tulisi selvittää seuraavat asiat:

Miksi potilas on tullut hoitoon?

Mitä hoitoa potilas on saanut?

Miten hoito on vaikuttanut ja miten potilas on voinut hoidon aikana?

Millainen potilaan vointi on hoitojakson päättyessä?

Miten potilaan mahdollinen jatkohoito on järjestetty/ tai selviytyminen kotihoidossa on varmistettu?

Mitä mieltä hoitoon osallistuneet eri ammattiryhmät sekä potilas ja omaiset ovat hoidon onnistumisesta ja vaikutuksista?

(Lauri ym.1998: 94.)

#### 4.1.4 Hoitotyön kirjaamisen laatukriteerit

Hoitotyön kirjaaminen on osa hoitotyön laatua. Kirjaaminen ei tapahdu pakon vuoksi, vaan se on tärkeä työväline hyvän hoitotyön toteuttamisessa. Hoitotyö sisältää hoitotyön suunnitelman kirjaamisen, potilaan kliinisen tilan seurannan kirjaamisen tarkkailulomakkeeseen ja hoitotyön toteutuksen arvioivan kirjaamisen. Arvioivaan kirjaamiseen kuuluu potilaan tilan ja hänen kokemuksensa kuvailu. Korkeatasoiseen hoitotyön kirjaamiseen eivät riitä luettelot hoitajien työvuoron aikana tekemistä töistä. Olennaisena osana laadukkaaseen kirjaamiseen kuuluu potilaskeskeinen näkökulma. (Blomster ym.2001:182 - 183.)

Hoitotyön kirjaamiselle voidaan asettaa laatukriteerit, joita ovat:

- loogisuus ja selkeys
- taloudellisuus eli vain hoidon kannalta oleellisten asioiden kirjaus
- virheettömyys eli alkuperäisenä tietolähteenä potilas, omainen tai lähetetiedot
- maininta kirjatun asian lähteestä eli potilaan tai omaisten mielipide
- selkeä käsiala kirjatessa käsin
- perustelut hoitotyön päätöksenteolle
- hoitotyön toiminnan kirjaaminen arvioivana eikä pelkästään toteavana

(Blomster ym.2000: 183.)

Sairaanhoitaja Helena Jalkanen työskentelee erikoissairaanhoidossa kirurgisella vuodeosastolla, missä hoidetaan yleiskirurgisia ja gastroenterologisia potilaita. Hoitotyön

kirjaaminen on osaston yksi kehittämiskohde ja siihen on laadittu kivun kirjaamisen minimivaatimukset.

Kivun kirjaamisen minimivaatimukset ovat:

#### Tulovaihe

1. Selvitetään aikaisemmat kokemukset kivusta
2. Kirjataan annettu tieto kivunhoidosta

#### Päivittäinen kirjaaminen

1. Kipua kuvataan ja arvioidaan VAS mittaria käyttäen vähintään kerran vuorossa sekä ennen ja jälkeen kipulääkkeen annon.
2. Kirjataan kivunhoidossa käytetyt muut auttamismenetelmät.

#### Kotiutuminen (kotiin/jatkohoitoon)

1. Kirjataan annetut kivunhoitoon liittyvät jatkohoito-ohjeet
2. Kirjataan potilaan oma arvio selviytymisestään kivunhoidon kanssa kotona.

(Jalkanen 2005: 40.)

## 4.2 Kivun arvioinnin ja hoidon kirjaaminen

Arvioinnin kirjaaminen on edellytys kivun hoidon onnistumiselle ja hoidon jatkuvuudelle. On tärkeää, että kaikki hoitoon osallistuvat työntekijät saavat tietoa niistä menetelmistä, jotka ovat lievittäneet potilaan kipua. Tämä korostuu etenkin silloin, jos potilas ei itse pysty osallistumaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Suomessa erillisiä kivun hoidon seurantalomakkeita käytetään toistaiseksi vähän hoitotyössä. Kivun hoidon kirjaaminen ja sen kehittäminen tulisi nähdä osana hoitotyöntekijän ammatillista kasvua, sillä ilman riittävää kirjaamista auttamismenetelmien vaikuttavuutta on mahdoton arvioida. (Walle 1998: 94 - 96.)

Kivun tunnistamisen huolellinen ja säännöllinen kirjaaminen auttaa hoitotyöntekijää hoidon suunnittelussa. Kirjaamisessa tulisi ilmetä kaikki kokonaisvaltaisen kivun arvioinnin osatekijät: kivun sijainti, voimakkuus, laatu, ajallisuus, pahentavat ja lievittävät tekijät sekä kivun merkitys potilaan elämään (LIITE6). Etenkin pitkittyneessä kivussa on selvitettävä, mitä selviytymisstrategioita potilas on aikaisemmin käyttänyt ja mitkä ovat hänen voimavaransa selviytyä elämäntilanteessaan. Asianmukaisten kivunarviointilomakkeiden kehittäminen ja käyttö olisi erityisen tärkeää, jotta kaikki potilaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen osallistuvat tahot voisivat paremmin hahmottaa potilaan kokonaistilanteen sekä turvata hoidon jatkuvuuden. (Walle 1998: 88 - 90.)

Kirjaaminen varmistaa hoidon jatkuvuutta, suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Kivun arviointi ja kirjaaminen ovat osa yksilöllistä kivunhoitoa. Lääkeaineallergiat, edellisten hoitojen tai lääkitysten vaikutukset on tarpeellista kirjata. Auttoiko kipulääke potilaan kipuun? Millaista kipu on? Mikä pahentaa kipua? Mikä helpottaa kipua? Kivun kesto? (LIITE6). Kirjaamisen avulla potilaan kipukokemukset välittyvät henkilökunnalle ja takaavat yksilöllisen kivun hoidon jatkumisen, vaikka hoitopaikka vaihtuisikin. Sailon (2000) mukaan potilaan näkökulmasta kirjaaminen merkitsee tyytyväisyyttä, oikeusturvaa, turvallisuutta, yksilöllisyyttä ja jatkuvuutta. Hoitajille kirjaaminen merkitsee kivun hoidon kehittämistä, oikeusturvaa, ammatillista kehittymistä, taloudellisuutta ja laadunvalvontaa. (Sailo 2000: 97 - 98.)

Potilasasiakirjoja analysoitaessa on havaittu, että kivunhoidolle ei kirjata tavoitteita tai tavoitteet eivät ole spesifejä ja mitattavia. Tavoite on ilmaistu potilasasiakirjoissa lauseen muodossa, kuten ”kipu lievittyy” tai ”kipu vähenee”. Koska tavoite on ilmaistu epämääräisesti, käytettyjen menetelmien tehokkuutta on vaikea arvioida. Tiedon välittyminen edellyttää tarkkaa ja järjestelmällistä kirjaamista, sillä potilasasiakirjojen kautta välittyvä tieto auttaa muita hoitoon osallistuvia tekemään kivunhoitoon liittyviä päätöksiä. (Kauppila 2006: 26 - 29.)

Kirjaamisen lähtökohtana on tieto erilaisista kivuista, kivun ilmenemisestä ja kivun ilmaisemiseen vaikuttavista tekijöistä. Kirjaamisen apuna käytetään kipupiirrosta, kipumittareita ja sanallisia mittareita kuvaamaan kivun voimakkuutta. Myös kipuanalyysia käytetään kirjaamisen osana. Analyysissä selvitetään potilaan aiemmat



sairaudet, aiemmat kliiniset tutkimukset sekä kivun sijainti ja voimakkuus. Määriteltäessä kipua voidaan potilaalta kysyä kivun alkamisajankohtaa, sitä miten kipu on alkanut, miltä kipu tuntuu, heijastuuko kipu johonkin, paheneeko kipu liikkeessä tai levossa. Onko vuorokauden ajankohdalla merkitystä kivun voimakkuuteen? Onko kylmällä tai kuumalla vaikutusta kipuun? (Sailo 2000: 99.) (liite6).

Kun kipua hoidetaan, merkitään miksi valitaan tietty hoitokeino/ väline, millä välineellä hoito on tapahtunut, miten hoito on vaikuttanut, kuinka kauan vaikutus kesti, sekä kauanko kipu pysyi poissa. Kirjata tulisi myös ne hoitotoimenpiteet, joilla ei ole ollut toivottua vaikutusta kivun hoidossa. Lähtökohdat kivun kirjaamisessa ja hoitamisessa on se, että dokumentoimatonta kipua ei ole eikä hoitoa ole annettu. (liite7) (Pahlman 2001: 13; Sailo 2000: 98; Salanterä ym. 2000: 21.)

Potilaan kivunhoidon pohjana tulisi käyttää hoitotyön prosessimenetelmää. Prosessiin kuuluu potilaan kokeman kivun tunnistaminen, kivun hoidon tavoitteiden määrittäminen, auttamismenetelmien valinta ja toteuttaminen sekä jatkuva arviointi. Hoitotyön suunnitelmaan tulisi kirjata kivun lievityksestä seuraavat seikat: kivun ilmeneminen (potilaan oma kuvaus kivusta, kivun paikka, voimakkuus sekä hoitotyöntekijän havainnot ja käytetyt mittarit), kivun hoidon tavoite, kivun lievittämiseen käytettävät keinot ja kivun hoidon arviointi. (Hallila – Graeffe 2005: 91 - 95.)

## 5 TUTKIMUSTULOKSIA KIVUSTA JA KIRJAAMISESTA

Hovi ja Lauri (1997) ovat tutkineet syöpäpotilaan kipua. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten syöpäpotilaat kokivat kipunsa ja miten he sitä arvioivat. Tutkimuksessa selvitettiin lisäksi sairaanhoitajien tietoa kivusta. Tutkimuksessa arvioitiin potilaiden ja sairaanhoitajien arviointien yhdenmukaisuutta ja sairaanhoitajien asenteen ja tiedon yhteyttä kivun arviointiin. Potilailla oli tutkimuksen aikana paljon lievittämätöntä kipua. (Hovi - Lauri 1997 : 80.)

Huolestuttavaa tutkimuksessa oli se, että kivun intensiteetin lisääntyessä potilaiden ja sairaanhoitajien arviointien ero kasvoi. Mikäli sairaanhoitaja pitää tavoitteena kivun lievittämistä siedettävään tasoon eikä kivun poistamista, päädytään riittämättömään

kivun lievitykseen. Sairaanhoitajat eivät tunnistanee potilaiden käyttämiä kipua kuvaavia sanoja, eivätkä olleet selvillä kivun sijainnista (liite6). Nämä seikat ovat ensiarvoisen tärkeitä syöpäpotilaan hoidossa ja kivun laadun seurannassa. Sairaanhoitaja toimii usein potilaan ja lääkärin välillä tiedon välittäjänä. Tämä tulos nostaa esiin kysymyksen tiedon välittämisestä edelleen, millaista tietoa lääkäri saa potilaan kivusta, jos sairaanhoitajalla ei ole siitä tietoa. (Hovi - Lauri 1997: 81 - 82.)

Potilaat käyttivät kotona lääkehoidon lisäksi vähän muita kivun lievityskeinoja. Kylmä oli tavallisin ei-lääkkeellinen lievityskeino. Sairaanhoitajat eivät olleet selvillä potilaiden kotona käytetyistä ei-lääkkeellistä kivunhoidon menetelmistä (liite6). Potilaat eivät olleet selvillä heille annetuista kipulääkkeistä. (Hovi - Lauri 1997: 82).

Sairaanhoitajien tiedoissa kivusta ja kipulääkkeistä oli parannettavaa. Kivun lievityksen tärkeä menetelmä on lääkehoito, mutta lääkkeiden rinnalla voidaan käyttää kognitiivisia kivunlievitysmenetelmiä, kuten rentoutusta, mielikuvia ja huomion muualle suuntaamista (liite6). (Hovi - Lauri 1997: 83 - 84.)

Repo (2004) on tutkinut liittyykö kipukokemuksiin kulttuurisuus. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata pohjoissavolaisten kokemuksia kivusta ja kuvata kipua kulttuurisena ilmiönä. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa kivun ilmaisuista, kokemisesta ja hoitokäytännöistä. Lisäksi tavoitteena oli kipua kokevan ihmisen ymmärtämisen lisääminen ja sitä kautta hyvän hoidon kehittäminen ja toteuttaminen. Tutkimushaastattelujen tulosten perusteella voitiin esittää seuraavat johtopäätökset. Kipukokemukset johtuvat yleensä sairaudesta tai sairastumisesta, kipua voi kuitenkin aiheuttaa myös muut tekijät kuin sairaus. Näitä kokemuksia ovat ihmisen elämään kuuluvat normaalit tapahtumat, joita pidetään epänormaaleina, mikäli niihin liittyy kovaa, lähes sietämätöntä kipua ja muita kokemuksia. Kipu kuuluu jokaisen ihmisen elämään jollakin tavalla. Kipu hyväksytään elämään kuuluvaksi asiaksi, vaikka se vaikeuttaa liikkumista ja arjessa selviytymistä. Pitkään jatkunut kipu muuttaa elämän arvoja. Kipuun suhtautumiseen vaikuttaa selvästi ympäröivä kulttuuri. Toisen ihmisen kipuun suhtautuminen oli usein vähättelevää silloin, kun kivun syy oli epäselvä. Oma kipua ei mielellään ilmaistu muille. Joskus se salattiin myös perheenjäseniltä. Kivun kuvaaminen sanallisesti koettiin vaikeana. Tämä johtui siitä, että kipu koettiin henkilökohtaiseksi ja yksityiseksi. Kipu aiheutti fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia ja hengellisiä tuntemuksia. (Repo 2004: 64 - 65.)

Kivun lievittämiseksi ja hoitamiseksi käytettiin paljon erilaisia menetelmiä. Lääkehoito oli yleisin käytetty keino kivun hoidossa kotona. Muita keinoja olivat toiminnalliset ja kognitiiviset menetelmät sekä vaihtoehtoiset hoitomuodot. (Repo 2004: 64 - 65.)

Raid (1999) on tutkinut virolaisten aikuisten potilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeisestä kivusta ja sen hoidosta. Lisäksi selvitettiin, minkälaisia odotuksia potilailla oli kivusta ennen leikkausta ja minkälaista kivunlievitystä he odottivat hoitohenkilökunnalta. (Raid 1999: 52.) Potilaista noin puolet (52 %) oli tullut leikkaukseen kutsuttuna. Kipu ja onnettomuus tai tapaturma olivat seuraavaksi yleisimpiä syitä, miksi he olivat joutuneet leikkaukseen. (Raid 1999: 38).

Kivun intensiteetin arvioimiseksi käytettiin kipujanaa, numeraalista sekä verbaalista asteikkoa. Virossa kirurgisilla osastoilla ei käytetä missään kipujanaa tai muuta vastaavaa potilaan kivunarviointivälinettä. Tutkimuksessa potilaan kivun arvioimiseksi käytetty kipujana oli melko uusi potilaille. Enemmistö potilaista ei ollut saanut ennen kyselylomakkeen täyttämistä ohjausta kipujanahan käyttämisestä, mutta huolimatta tiedon vähäisyydestä he arvioivat janaa kivun arviointivälineenä melko hyväksi. Virolaisten potilaiden kivun intensiteetti oli leikkauksen jälkeen lievä tai kohtuullinen.

Ennen leikkausta odotetun kivun määrä oli odotusten mukainen, sitä ei aliarvioitu. Enemmistö potilaista odotti joko kohtuullista tai lievää kipua. Jokaisella ihmisellä on yksilöllinen tapa reagoida kipuelämykseen. Vastauksien perusteella yksi neljäsosa aikuispotilaista ei kuitenkaan ollut kokenut aikaisempaa kipua. Kysymykseen aikaisemmasta kipukokemuksesta haettiin kuvausta aikaisemmin koetusta kivusta ja siihen oli jätetty tilaa avoimeen vastaukseen. Kuvaus kivusta oli niukka. Yksi syy oli se, että kipukokemus sinänsä on ihmiselle käsitteenä vieras, eivätkä he osanneet ajatella aikaisempaa kipua kokemuksena sekä kuvata omaa kipuansa käsitteillä. Toinen syy voi olla se, että potilaille aikaisempi kipu ei ollut kovin merkittävä kokemus, jonka takia he ovat vastanneet kieltävästi. Kivuttomuus hoidossa herättää kokemuksen hyvästä hoidosta. (Raid 1999: 52 - 54.)

Melko tyydyttävästä tuloksesta huolimatta näkee käytännössä leikkauksen jälkeen lievittämätöntä kipua sekä tehotonta kipulääkkeiden käyttöä. Enemmistö virolaisista potilaista haluaa ilmaista kipua sanallisesti. Muut käytetyt tavat olivat liikkuminen,

paikallaan olo tai kasvojen ilmeet (liite6). Kyselylomakkeen vastauksista kävi ilmi, että sairaanhoitaja ei ole avainhenkilönä tiedon jakamisessa postoperatiivisesta vaiheesta, vaan tietoa odotettiin ennen kaikkea hoitavalta lääkäriltä ja kirurgilta. (Raid 1999: 52 – 54.)

Potilaat pitivät ennen leikkausta annettavaa tietoa erittäin tarpeellisena, mutta ainoastaan joka kolmas potilas sai riittävästi tietoa leikkauksen jälkeisestä vaiheesta. Parantumismahdollisuudet ja leikkauksen jälkeinen ennuste olivat potilaiden mielestä tärkeimmät aiheet leikkauksen jälkeen. Samalla haluttiin saada tietoa kivun lievittämisen menetelmistä, liikkumisesta ja syömisestä tai juomisesta. Potilaiden mielestä myös sairaanhoitajan vuorovaikutustaidot olivat erittäin tärkeitä. Virolaisten sairaanhoitajien valmiuksia jakaa tietoa leikkauksen jälkeisestä vaiheesta, ennen leikkausta sekä tietoutta kivun arvioinnista pitäisi parantaa. Useista tutkimustuloksista on käynyt ilmi preoperatiivisen opetuksen ja järjestelmällisen kivunarvioinnin tärkeys kivun lievittämisessä ja potilaan laadukkaassa hoidossa. (Raid 1999: 52 - 54.)

Palviaisen (2005) tutkimuksessa pitkäaikaishoidossa olevien asukkaiden kivun hoidon kirjaamisesta tarkoituksena oli selvittää, millä tavoin kivun arviointi ja hoito on kirjattu hoitosuunnitelmalomakkeisiin (HOISU) ja päivittäisen hoitotyön seurantalomakkeisiin (HOI) Tutkimustiedon mukaan pitkäaikaishoidossa olevista asukkaista noin 50-80 prosenttia kärsii päivittäisistä ja pitkäaikaisista kivuista. Pitkäaikainen kipu heikentää asukkaiden elämänlaatua (liite6), fyysistä toimintakykyä sekä hyvinvoinnin tunnetta. Tutkimuksen kirjaamismerkintöjen mukaan asukkaan kipu esiintyi yleensä tuki- ja liikuntaelinten alueella selässä ja jaloissa. Lisäksi kipua esiintyi vatsan alueella, hampaissa sekä peräaukon alueella. Myös aikaisemmat murtumat olivat usein syynä asiakkaiden kipuihin. (Palviainen 2005: 49 – 56.)

Tutkimuksessa asukkaiden kivun hoidon keinot jakaantuivat lääketieteelliseen ja ei-lääketieteelliseen kivun hoitoon. Yleisempänä kivun hoidon muotona oli lääketieteellinen hoito. Vähemmän kirjattuna olivat ei-lääketieteelliset muodot kuten liikkuminen, asentohoidot. Palviaisen (2005) johtopäätösten mukaan kivun kirjaamisen analyysin perusteella voitiin todeta, että hoitajat kirjaavat kipuaan liittyviä elementtejä, kuten kivun hallinta, ilmeneminen, sijainti, arviointi, hoitomenetelmät ja arviointiin liittyvät osa-alueet (liite6). Kirjaamismerkintöjen perusteella asukkaiden kivun arviointimenetelmiä ei ollut kirjattu tai niitä ei ollut ollenkaan käytössä. Asukkaat olivat

valittaneet kipuja, pyytäneet kipulääkitystä sekä kertoneet kivun hoidon vaikuttavuudesta. Hoidon vaikuttavuudesta oli kuitenkin hyvin vähän merkintöjä. Kirjaamisen merkitys on huomattava kivun hoidon vaikuttavuutta tarkastellessa. (Palviainen 2005: 49 - 56.)

Reumaa sairastavien selviytymiskeinoja tutkittaessa on havaittu, että vanhemmat aikuiset raportoivat nuorempia aikuisia herkemmin sopeutumattomuudestaan lievän kivun yhteydessä, mutta eivät voimakkaan kivun yhteydessä. Lisäksi vanhemmat aikuiset raportoivat selviytymisen malleista, jotka ilmaisivat kivun kanssa toimeen tulemisesta. Iästä riippumatta henkilöt raportoivat aktiivisemmasta selviytymisen strategioista lievän kivun yhteydessä. Kyseinen tutkimus tuli johtopäätökseen, että sairautta ja selviytymistä käsittelevä tutkimustyö on informatiivisinta, kun huomioidaan yksilölliset tilanteen mukaiset stressitekijät, kuten krooninen kipu, tutkimusta tehdessä. (Watkins - Shifren - Park - Morrel 1999: 217 - 228.)

Tutkimusten mukaan hoitohenkilöstö aliarvioi potilaan kivun voimakkuuden, joka johtaa kivun alihoitamiseen. Kivun arvioinnin tärkein lähtökohta on, että potilas itse kertoo kivustaan. Hoitohenkilökunnan tiedoissa kivusta ja sen hoidosta on todettu olevan puutteita. Heillä on myös pelkoja ja virheellisiä käsityksiä lääkkeiden käytöstä kivun hoidossa. Samoin tietämättömyys ei- lääkkeellisistä kivun hoidon menetelmistä, kuten kylmä- ja lämpöhoidoista, hieronnasta, rentoutuksesta ja erilaisista asentohoidoista, vaikeuttaa hyvää kivun hoitoa (liite7). (Kokki 2004: 30 - 32.)

Nurme (1999) kuvaa tutkielmassaan potilaiden kipukokemuksia yliopistollisessa keskussairaalassa ja heidän tyytyväisyyttään kivun hoitoon. Kolmasosalta potilaista oli kysytty kivuista kolme kertaa päivässä ja 3,5 %:lta ei oltu kysytty lainkaan kipukokemuksista sairaalassa olo aikana. Suurin osa potilaista ilmoitti, ettei kivunarvioinnissa oltu käytetty kipumittaria lainkaan. Muutamia potilaita lukuun ottamatta heiltä oli kysytty kipulääkkeen vaikutusta (liite7). Nurmeen kysymys onkin, annetaanko samaa lääkettä ja annostusta potilaalle kuulematta lainkaan potilasta. Suurin osa potilaista oli tyytyväisiä sairaalassa saatuun kivun hoitoon. Potilaiden parannusehdotukset kivun hoitoon liittyivät muun muassa tehokkaaseen kivunlievitykseen, asiantuntevaan ja osaavaan henkilökuntaan ja tiedon saantiin. Potilaan kotiutuessa hänellä pitää olla riittävästi tietoa, että hän osaa jatkaa hyvää kivun hoitoa kotona ja että hän ymmärtää tehokkaan kivun hoidon merkityksen. Tämä koskee

erityisesti leikkauspotilaita. Mikäli potilaan hoitoketju onnistuu kivun hoidossa, on ilmeistä, että myös potilaan toipumisaika lyhenee ja tarvittavien kipulääkkeiden määrä jää pienemmäksi. Kipuilu ei kroonistu, eikä potilaalla ole suurta todennäköisyyttä saada leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita. (Salanterä - Heikkinen 2002: 32 - 34.)

Turun yliopistollisen keskussairaalan tutkimuksessa tarkasteltiin hoitotyön kirjaamisen kehittymistä vuodeosastoilla vuosina 1993, 1996, 1999 ja 2002 suoritettujen arviointien perusteella. Tutkimuksessa etsittiin vastauksia kysymyksiin, miten määrä ja laatu ovat muuttuneet vuodesta 1993 vuoteen 2002 potilaan tulotilanteen, ongelmien toteutuksen ja seurannan osalta? Miten hoitotyön vaikuttavuus näkyy kirjaamisessa ja potilaan hoidossa? miten hoitotyön kirjaamisen loogisuus ja kokonaistaso ovat kehittyneet? Potilaan ongelmien määrittäminen on hoidollisen päätöksen lähtökohta. Päätöksenteon pitäisi näkyä myös potilaan hoidon kirjaamisessa siten, että hoitoasiakirjoista voidaan nähdä hoidon eri vaiheet. Tulosten mukaan potilaan sairaalaan tulosy, aikaisemmat sairaudet, yliherkkyydet ja kotilääkitys olivat erittäin hyvin kirjattu (liite7). Sen sijaan terveyskäyttäytymiseen liittyvät asiat oli joillakin osa-alueilla kirjattu huonommin verrattuna edelliseen arviointiin. Ongelmallista oli myös merkintöjen vähäisyys asioissa, jotka liittyivät salassapitoon ja siihen kenelle tietoja saa antaa. Tulosten mukaan hoitotyön kirjaamista pystytään sekä määrällisesti että laadullisesti kehittämään jatkuvalla koulutuksella ja asian esillä pitämisellä. Kirjaamisen ansioista on mahdollista saada hyvä kokonaiskuva potilaan hoidosta ja sen vaikuttavuudesta. Hyvä manuaalinen kirjaaminen on perusta sähköiselle kirjaamiselle, johon kansallisen terveyshankkeen mukaan pitäisi päästä vuoteen 2007 mennessä. (Lehti 2004: 4 - 9.)

Tutkimusten mukaan lääkehoito on yleisin keino kivun hoidossa. Potilaat käyttivät ja heille tarjottiin hyvin vähän ei-lääkkeellisiä kivunhoidon keinoja. Potilaat kokivat, että pitkään jatkunut kipu muuttaa elämänarvoja ja kipu myös koettiin henkilökohtaiseksi ja yksityiseksi. Suomalaisten tutkijoiden mukaan potilaiden oli vaikea kuvata kipuaan sanallisesti, kun taas virolaiset potilaat halusivat kuvata kipuaan sanallisesti. Sairaanhoitajan vuorovaikutustaidot koettiin erittäin tärkeiksi. Tutkimuksissa ilmeni, että kivun voimistuessa potilaiden ja sairaanhoitajien arviointien ero kasvoi. Tämä johtaa kivun alihoitamiseen. Toisen ihmisen kipuun suhtautuminen oli usein vähättelevää silloin, kun kivun syy oli epäselvä.

Sairaanhoitajat eivät tunnistanee potilaiden käyttämiä kipua kuvaavia sanoja eivätkä olleet selvillä kivun sijainnista. Osalta potilaista ei ollut kysytty lainkaan kipukokemuksista sairaalassaoloaikana. Osa potilaista ilmoitti, ettei kivun arvioinnissa ollut käytetty kipumittaria lainkaan.

Sairaanhoitajien kirjaamismerkintöjen perusteella potilaiden kivun arviointimenetelmiä ei ollut kirjattu tai niitä ei ollut lainkaan käytössä. Myös kivun hoidon vaikuttavuuden kirjaaminen oli puutteellista tai siitä oli hyvin vähän merkintöjä. Hoitotyön kirjaamista tulisi kehittää enemmän arvioivaan suuntaan. Potilaiden vointia kuvataan usein hoitotoimenpiteiden suorittamisena. Hyvän hoitotyön kirjaamisen edellytykset ovat tietoperusta, henkilökohtaiset ominaisuudet ja ulkoiset resurssit. Kirjaamista pystytään kehittämään sekä määrällisesti että laadullisesti jatkuvalla koulutuksella. Kirjaamisen ansioista on mahdollista saada kokonaiskuva potilaan voinnista.

## 6 LÄNSI-TALLINNAN KESKUSSAIRAALAN KIPULOMAKKEEN ARVIOINTI JA KIVUN KIRJAAMISEN PARANNUSEHDOTUKSET

Opinnäytetyömme tarkoitus on arvioida Länsi-Tallinnan keskussairaalan käytössä olevan kipulomakkeen toimivuutta ja tarvittaessa tehdä lomakkeeseen parannusehdotuksia. Parannusehdotelmamme on kipukaavake (liite6) sekä ohje sairaanhoitajille kivunhoidon kirjaamiseen (liite7).

### 6.1 Länsi-Tallinnan keskussairaalan lomakkeen vastaavuus kivun kirjaamisen kriteereihin

Länsi-Tallinnan keskussairaalassa käytössä oleva kipulomake (liite5) sisältää kysymyksiä hyvin suppeasti kivusta ja kivun laajuudesta. Lomakkeesta jää kokonaisuudessaan puuttumaan se, miten kipu vaikuttaa potilaan elämään. Walle (1998) toteaa, että kirjaamisessa tulee ilmetä kaikki kokonaisvaltaisen kivun arvioinnin osatekijät: kivun sijainti, voimakkuus, laatu, ajallisuus, pahentavat ja lievittävät tekijät, sekä kivun merkitys elämän. (Walle 1998: 88-90.) Rafaela-hankkeen kirjaamistyöryhmä (2004) on laatinut hyvän kirjaamisen kriteerit, jonka kohdassa 15. ilmenee potilaan ja /tai omaisen oma ilmaus saamastaan hoidosta, joka tulee olla kirjattu potilaan sairauskertomukseen. (Rafaela-hanke 2004: 2.)

Kivun esiintymiskohta jää lomakkeessa epäselväksi, lukijalle saattaa jäädä helposti tunne, että kivuntunteen tulisi olla jossakin lomakkeella luetelluissa paikoissa. Esimerkiksi selkäkipua ei lomakkeen esiintymiskohdasta löydy lainkaan. Kivun voimakkuutta arvioidaan numeraalisesti, mutta varsinaisia kipumittareita ei ole käytetty. Sailon (2000) mukaan kirjaamisen apuna tulee käyttää kipupiiirrosta, kipumittareita ja sanallisia mittareita kuvaamaan kivun voimakkuutta (Sailo 2000: 99). Potilaan perussairauksia ja mahdollista muuta lääkitystä ei ole huomioitu lomakkeessa, kuten ei myöskään potilaan allergioita. Rafaela-hankkeen kirjaamistyöryhmän mukaan kohdassa 9 hoitoon vaikuttavat oleelliset perussairaudet sekä kohdassa 10 lääke- ja ruoka-aineallergiat tulee olla kirjattuna. (Rafaela-hanke 2004: 2.) Kivun hoidon vaikuttavuutta ei lomakkeella voi seurata. Pahlman (2001), Sailo (2000) ja Salanterä ym. (2000) ovat todenneet, että kipua hoidettaessa merkitään, miksi valitaan tietty hoitokeino tai väline, millä välineellä hoitoon tapahtunut, miten hoito on vaikuttanut, kuinka kauan vaikutus kesti, sekä kauanko kipu pysyi poissa. Lähtökohtana kivun kirjaamisessa on se, että dokumentoimaton kipua ei ole, eikä hoitoa ole annettu. (Pahlman 2001: 13; Sailo 2000: 98; Salanterä ym. 2000: 21.)

## 6.2 Kivun kirjaamisen ohjeen lähtökohdat ja parannusehdotelman perustelut

Käytämme kivunhoidon kirjaamisen ohjeessa sairaanhoitajille hyvän potilasohjeen ohjeistusta, koska emme löytäneet kirjallisuudesta ohjeen laatimisesta hoitohenkilöstölle.

Ohjeessa on tärkeää se, mitä sanotaan ja miten sanotaan. Tekstit ovat täynnä merkityksiä. Ohjeen tekijä ei voi laittaa ohjeeseen kaikkea haluamaansa, mutta toisaalta siinä on aina mukana myös sellaista, mitä ohjeen tekijä ei ole siihen tarkoittanut ja halunnut. Ohjeessa olevan tekstin merkitys rakentuu lukijan ja tekstin kohdatessa. Ohjeen merkitykset syntyvät vasta sitten, kun sitä luetaan. Ohjeen tulkintaan vaikuttavat lukijoiden yksilölliset tulkintakoodit, sekä konteksti ja kulttuuri. Kontekstilla tarkoitetaan tekstin lajityyppiä ja lukutilannetta. (Torkkola – Heikkinen – Tiainen 2002: 14 - 18.)

Hyvä ohje puhuttelee lukijaansa, tärkeää tämä on silloin, kun ohjeessa on käytännön toimintaohjeita. Lukijan pitää heti ensisilmäyksellä ymmärtää, että ohje on tarkoitettu hänelle. Ohjeen sisältöä kuvaavan otsikon lisäksi sen ensimmäisestä virkkeestä pitää tulla ilmi, mistä on kysymys. Tärkeimmän asian kertominen heti alussa kertoo tekstin



arvostavan lukijaansa. Hyvä kuvitus herättää mielenkiintoa ja auttaa ymmärtämään ohjetta. Kuvat lisäävät ohjeen luettavuutta, kiinnostavuutta ja ymmärrettävyyttä. Ohjeessa olevat kuvat auttavat opitun asian mieleen palauttamista.  
(Torkkola ym. 2002: 39 - 40.)

Ohje sairaanhoitajille kivunhoidon kirjaamiseen (liite7) avaa kipukaavakkeen käsitteet sairaanhoitajille. Suomen sosiaali- ja terveysministeriö on määritellyt erikseen minimietoryhmät, joiden tulee sisältyä potilasasiakirjoihin. Potilaan yksilöimiseksi tarpeelliset henkilötiedot, esitiedot aikaisemmista terveydentilaan vaikuttavista seikoista, tiedot potilaalle tehdyistä tutkimuksista ja annetuista hoidoista tulee kirjata. Merkinän tehneiden henkilöiden nimi ja asema, sekä merkinän ajankohta tulee kirjata potilasasiakirjaan. (Kleemola – Tervo – Pellikka 1998: 55.) Hoitotyön suunnitelmaan tulisi kirjata kivun lievityksestä seuraavat seikat: kivun ilmeneminen (potilaan oma kuvaus kivusta, kivun paikka, voimakkuus sekä hoitotyöntekijän havainnot ja käytetyt mittarit), kivun hoidon tavoite, kivun lievittämiseen käytettävät keinot ja kivun hoidon arviointi (Hallilla – Graeffe 2005: 91 - 95).

Tiedolla on suuri merkitys potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa. Terveystieteidenhuollossa potilastietojen hallinta on kehittynyt laajaksi järjestelmäksi, johon kuuluvat tietojen tuottamiseen, säilyttämiseen ja jakamiseen tarvittavat välineet, menettelytavat sekä ihmiset toimijoina. Kirjatulla tiedolla on erityisesti merkitystä potilaan päivittäisessä hoidossa: hoitotietojen tulee olla viiveettä käytettävissä niitä tarvitsevilla. Tämä edellyttää kirjaamiselta yhdenmukaisuutta ja rakenteellisuutta. Systemaattisuus hoitotyön kirjaamisessa tarkoittaa sitä, että on sovittu mitä kirjataan (sisältö) ja miten kirjataan (rakenne). Nämä yhteiset sopimukset tavoittelevat kirjaamiskäytäntöjen standardointia, eli vakiointia. Tarkoituksena ei ole vakioida hoitoa vaan edistää hoitotietojen käyttöä potilaan parhaaksi. (Saranto - Ensio – Tantt – Sonninen 2007: 12.)

Millaista on kivun hoidon systemaattinen kirjaaminen? Potilaskertomuksessa kivun hoitoprosessi voidaan kirjata seuraavasti: 1) potilaalle kirjataan kivun hoidon tarve 2) arvioidaan kivun laatu 3) hoitotyötoiminnoista kirjataan kivun hoito jota voidaan tarkentaa 4) kirjataan kivun voimakkuus esimerkiksi VAS-asteikolla 5) arvioidaan kipua, esimerkiksi sen laatua, sijaintia, esiintyvyyttä . Lisäksi kuvataan vapaa

muotoisesti, miten hoito vaikutti potilaaseen. Kivun hoidon kirjaamista voidaan tarkastella myös hoidon laadun näkökulmasta. ( Saranto ym. 2007: 191.)

## 7 POHDINTA

Opinnäytetyöprosessi alkoi keväällä 2006. Aiheemme kivunhoidon kirjaamisesta on pysynyt samana koko opinnäytetyön prosessin ajan. Aluksi saimme sähköpostilla Tallinnasta heidän käytössään olevan kipulomakkeen. Opinnäytetyömme tarkoitus oli arvioida käytössä olevan lomakkeen toimivuutta ja tarvittaessa tehdä lomakkeeseen parannusehdotuksia. Toinen tarkoitus työssämme oli laatia ohje kivunhoidon kirjaamiseen sairaanhoitajille. Opinnäytetyömme tavoite on sairaanhoitajien kehittyminen kivunhoidon kirjaamisessa Länsi-Tallinnan keskussairaalaissa.

Marraskuussa 2006 kävimme tutustumassa Länsi-Tallinnan keskussairaalan kirurgiseen vuodeosastoon. Esittelimme tuolloin opinnäytetyön suunnitelman sairaalan edustajille ja keskustelimme opinnäytetyömme tehtävästä sekä tarkoituksesta arvioida heillä käytössä olevaa kipulomaketta.

Aluksi etsimme tietoa aihetta käsittelevistä kirjoista ja tutkimuksista. Lähdemateriaalia aiheesta löytyi runsaasti ja teimme yhteistyötä muiden STALT-hankkeeseen osallistuvien opinnäytetyöryhmien kanssa. Olemme tehneet työssämme tietoisin valinnan siitä, mihin asiakokonaisuuksiin syvennymme ja mitkä esittelemme yleisellä tasolla.

Opinnäytetyömme luotettavuutta olemme pyrkineet lisäämään esittelemällä tutkimuksellista aineistoa sekä kirjallisuutta, jota olemme pyrkineet käsittelemään objektiivisesti ja ottamatta kantaa tutkimuksissa saatuihin tuloksiin. Käsitteiden selkiyttäminen ja keskeisen lähdemateriaalin tiivistäminen oli työssämme haasteellista. Käännösapua saimme suomessa asuvalta virolaiselta sairaanhoitajalta.

Kirjallisuuskatsauksen pohjalta arvioimme Länsi-Tallinnan keskussairaalaissa käytössä olevaa kipulomaketta ja teimme siihen parannusehdotuksia. Olemme nimenneet parannelmamme kipukaavakkeeksi. Olemme pyrkineet laajentamaan käytössä olevaa

kipulomaketta seuraavin perustein. Palviaisen (2005) tutkimukseen viitaten ei-lääkkeellisiä kivunhoito menetelmiä ei ollut kirjattu tai niitä ei ollut lainkaan käytössä. Nurmeen (1999) tutkimukseen viitaten kipulääkkeen vaikutusta ei oltu kysytty potilailta lainkaan. Hovin ja Laurin (1997) tutkimukseen viitaten sairaanhoitajat eivät tunnistanee potilaiden käyttämiä kipua kuvaavia sanoja, eivätkä olleet selvillä kivun sijainnista.

Kaavakkeessa tulisi kirjallisuudessa esiintyneiden ohjeiden mukaan olla potilaan henkilötiedot, potilaan perussairaudet ja allergiat, potilaan lääkitys sekä kivun vaikutus potilaan elämään. Kipupiiirros selkiyttää kivun sijaintia, kipulääkityksen ja muiden hoitomenetelmien vaikutuksen merkitseminen kaavakkeeseen on tärkeää toteutettaessa kivunhoitoa.

Päädyimme rajaamaan opinnäytetyömme sairaalassa olevan potilaan kivunhoitoa koskevaksi. Ohjeemme sairaanhoitajille kivunhoidon kirjaamisesta on pieni osa hoitotyön kirjaamisen kehittämisessä. Torkkolan (2002) mukaan hyvä ohje puhuttelee lukijaansa. Kuvat lisäävät ohjeen luettavuutta, kiinnostavuutta ja ymmärrettävyyttä.

Opimme opinnäytetyöprosessin aikana ryhmätyö- tietotekniikka- ja tiedonhankintataitoja sekä kärsivällisyyttä. Koimme kolmihenkeisen opinnäytetyöryhmämme sopivan kokoiseksi työtä tehdessämme. Voimavaroiksi koimme ryhmänjäsenten erilaisuuden, joka toi työhömmme eri näkökulmia aiheesta. Haasteelliseksi koimme aikataulujen yhteensovittamisen.

Jatkotutkimushaasteeksi Länsi-Tallinnan keskussairaalassa ehdotamme kirjaamisen jatkuvan kehittämisen tarpeen. Hoitotyön kirjaamista tulisi kehittää enemmän arvioivaan suuntaan. Osastolle voidaan nimetä kirjaamisesta vastaava sairaanhoitaja, jonka tehtävänä on säännöllisesti arvioida hoitotyön kirjaamista ja ohjata muuta henkilökuntaa kirjaamisessa. Hoitotyön kirjaaminen lisää työmotivaatioita. Kirjaamisella voidaan arvioida työntekijän ammattitaitoisuuden tiettyjä osa-alueita, kuten teoria- ja kokemustiedon hyödyntämistä. Sähköinen kirjaaminen tulevaisuudessa luo uusia haasteita hoitotyön ja kivunhoidon kirjaamiselle.



## LÄHTEET

Aalto, Pirjo 1998: Hoitotyöndokumentointia ohjaavat säädökset. Hoitotyön vuosikirja 1999. Helsinki: Kirjayhtymä Oy. 34-44.

Blomster, Marika – Mäkelä, Merja – Ritmala-Castren, Marita – Säämänen, Jari – Varjus, Sirkka-Liisa 2001: Tehohoitotyö. Helsinki. Tammi.

Dworkin, Robert – Breitbart, William S 2003: Psychosocial aspects of pain. Handbook for health care. IASP press. Seattle.

Estlander, Ann-Mari 2003: Kivun psykologia. Juva. Wsoy.

Grann, Mirva – Tuppurainen, Marjatta 2002: Potilaslähtöinen hoitotyön kirjaaminen Jorvin sairaalan korvatautien poliklinikalla. Kirjaamisprojektin loppuraportti.

Hallila, Liisa 1999: Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Helsinki. Kirjayhtymä Oy.

Hallila, Liisa – Graeffe, Reija 2005: Hoitotyön luokitukset ja diagnoosit. Teoksessa Hallila, Liisa (toim.): Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi. 91 - 95.

Holmia, Silja – Murtonen, Irja – Myllymäki, Hannele – Valtonen, Katariina 2001: Sisätauti – kirurginen hoitotyö. Porvoo. Wsoy.

Hovi, Sirpa-Liisa – Lauri, Sirkka 1997: Syöpäpotilaan kipu. Potilaan ja sairaanhoitajan arvioimana. Turun yliopisto. UNIPAPS.

Hyypä, Markku 1997: Tunteet ja oireet, uusin psykosomatiikka. Tampere. Tammer – paino Oy.

Iivanainen, Ansa – Jauhiainen, Mari – Korkiakoski, Lahja 1995: Hoitotyön käsikirja. Helsinki . Kirjayhtymä Oy.

Jalkanen, Helena 2005: Kivun kirjaamisen minimivaatimukset. Stadia. Kehittämistyö.

Junttila, Kristiina – Kärkkäinen, Oili – Nyman, Ann-Charlotta – Orvoma, Pirjo-Liisa – Sotka, Kristiina – Timonen, Leena – Konttinen, Riitta 2004: HUS RAFAELA/PCM kirjaamishanke. Helsinki. Hus.

Kalso, Eija – Vainio, Anneli (toim.) 2002: Kipu. Helsinki. Duodecim.

Kauppila, Marjo 2006: Estääkö vuodeosaston toimintamalli hyvän kivunhoidon? Kipuviesti (1) 26-29.

Kinnunen, Aija 2003: Postoperatiivisen kivunhoidon parantaminen. Spirium 38. 29.

Kleemola, Maija - Tervo-Pellikka, Raija 1998: Tietosuoja: Vaatimukset verkottuvassa tietojärjestelmässä. Suomen atk-kustannus Oy.

Kokki, Anu 2004: Kirjaamalla kivuttomaksi. Spirium. 39. 31-32.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)

Lauri, Sirkka 1991: Hoitotyönpäätöksenteon tietoperustan tutkiminen; erilaisia tieteellisiä lähestymistapoja ja tutkimustuloksia vuosilta 1976-1991. Turun yliopiston julkaisusarja C osa 87.

Lauri, Sirkka – Elomaa, Leena 2001: Hoitotieteen perusteet. Helsinki. Wsoy.

Lauri, Sirkka - Eriksson, Elina – Hupli, Maija 1998: Hoidollinen päätöksenteko. Juva. Wsoy.

Lauri, Sirkka – Lehti, Tuija – Heinonen, Satu – Mäki-Karttula, Arja 1993: Hoitotyön kirjaamisen laadullinen arviointi. Turun yliopistollinen keskussairaala. Hoitotyön julkaisusarja A:7.

Lehti, Tuija 2004: Hoitotyön kirjaamisen kehitys Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Tutkiva hoitotyö. 2 (2). 4 - 9.

Lehti, Tuija – Lauri, Sirkka – Heinonen, Satu 1996: Hoitotyön kirjaamisen sisältö ja laatu: Seurantatutkimus. Turun yliopistollinen keskussairaala. Hoitotyönjulkaisusarja. A: 22

Lehti, Tuija – Lauri, Sirkka – Salovaara, Heli 2000: Hoitotyön kirjaaminen seurantatutkimus Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Varsinais- Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Hoitotyön julkaisusarja A: 31.

Nenonen, Soile 1996: Polikliininen hoitotyö ja sen kirjaaminen. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu.

Nenonen, Soile – Heinonen, Satu 1999: Psykiatrisen hoitotyön kirjaaminen. Hoitosuunnitelmien arviointi Varsinais-Suomen ja Satakunnan sairaanhoitopiireissä. Turun yliopistollinen keskussairaala. Hoitotyön julkaisusarja C: 29.

Nurme, Paula 1999: Potilaiden kipu- ja tyytyväisyyskokemukset sairaalassa. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Nykyuomen sanakirja 1996

Pahlman, Irma 2002: Potilasasiakirjamerkinnot. Kipuviesti 2: 10-13.

Palviainen, Jaana 2005: Pikäaikaishoidossa olevien asukkaiden kivun hoidon kirjaaminen. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

Partanen, Pirjo 2000: Kirjaamisen hoitoisuusluokitusten tukena. Luento sairaanhoitopäivillä 18.03.2000. Helsinki. Sairaanhoitaja 73 (2) 19.

Raid, Ulla 1999: Virolaisten potilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeisestä kivusta ja sen hoidosta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

Repo, Marita 2004: Liittyykö kipukokemuksiin kulttuurisuus? Pohjoissavolaisten kuvauksia kivusta. Hoitotiede: Preventiivinen hoitotiede. Opinnäytetutkielma. Kuopion yliopisto.

Sailo, Eriikka 2000: Kivun kirjaaminen. Teoksessa Sailo, Eriikka – Vartti, Anne- Mari (toim.) Kivun hoito. Tampere: Tammi. 100 - 106.

Sailo, Eriikka 2001: Kirjaaminen on kivunhoidon kivijalka. Pinsetti 3. 18-19.

Salanterä, Sanna – Heikkinen, Katja 2002: Leikkauksen jälkeinen kivun hoitotyö heräämössä. Sairaanhoitaja 6 - 7. 32-34.

Salanterä, Sanna – Hovi, Sirpa-Liisa – Routasalo, Pirkko 2000: Kivun arviointi. Sairaanhoitaja – Sjuksköterska 1/ 2000 73: 20.

Saranto, Kaija- Ensio, Anneli- Tanttu, Kaarina- Sonninen, Anna-Liisa 2007: Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Porvoo. Wsoy.

Suomi/Englanti/Suomi sanakirja 1992

Tenkku, Martti 2000: Kivun hoito hypnoosilla. Luento, Suomen hypnoosiyhdistyksen 30-vuotisjuhla. Finlandia-talo 19.8.2000.



Torkkola, Sirkka – Heikkinen, Helena – Tiainen, Sirkka 2002: Potilasohjeet ymmärrettäväksi – opas potilas ohjeiden tekijöille. Helsinki. Tammi.

Vaalamo, Inka 1999: Toistuvien kipujen yhteys tunteiden säätelyyn. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja.

Vainio, Anneli 2004: Kivunhallinta. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Vainio, Anneli 2006: Kivunhallinta. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.1.-2.painos.

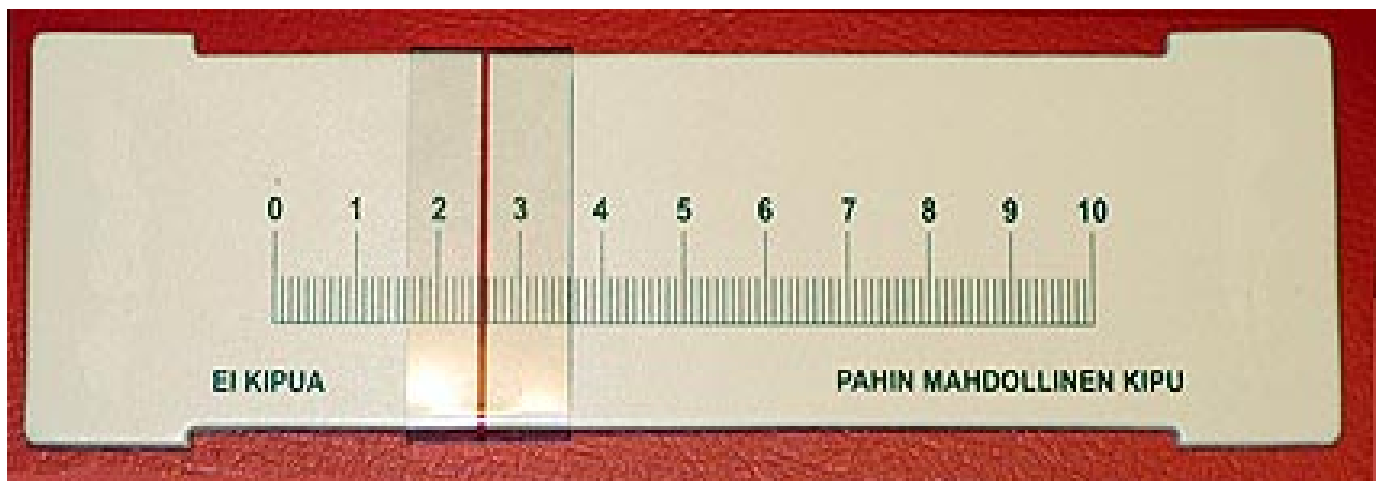
Venäläinen, Raija 2004: Kivun keskellä. Helsingin Sanomat 24.10.2004.

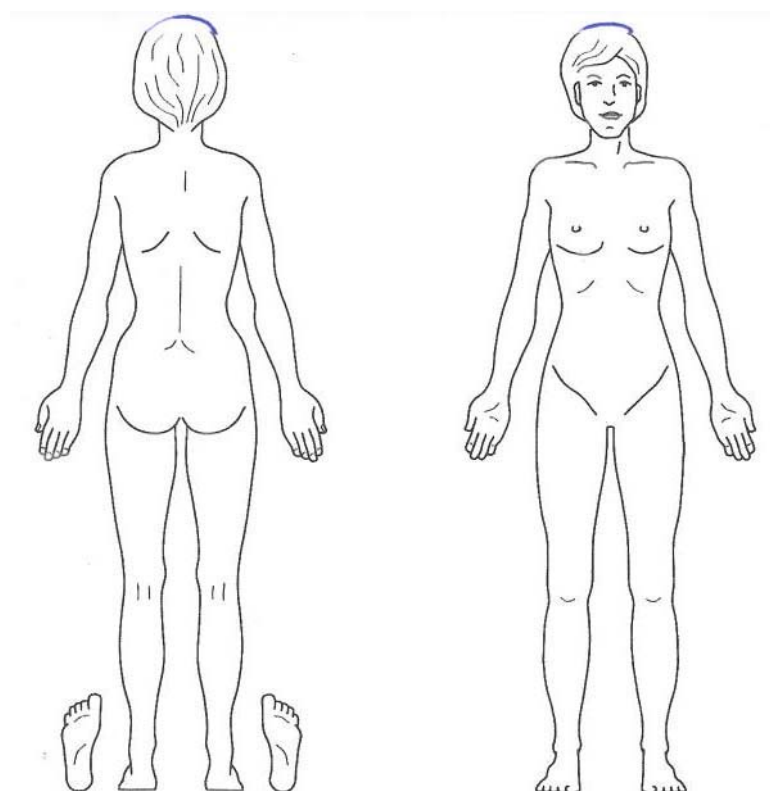
Wall, Patrick 1999: Kivun anatomia. Helsinki. Art house Oy.

Walle, Pia 1998: Hoitotyön kirjallinen suunnitelma, toim. Hallila, Liisa. Kirjoittajat ja kirjayhtymä. Tampere.

Watkins, Ken W – Shifren, Kim – Park, Denise C – Morrell, Roger W 1999: Age pain and coping with rheumatoid arthritis. Pain 82. 217-228.

LIITE 1





<b>Luokka</b> kipusana	mm	<b>Luokka</b> kipusana
<b>Ajallisuus</b>		veto:
aaltoileva	32	nykivä
kohtauksittainen	50	tempova
jatkuva	73	riuhtova
tykyttävä	40	<b>Terminaalinen</b>
jumputtava	59	kuumottava
jyskyttävä	76	paahtava
<b>Sijainti</b>		polttava
pinnallinen	19	tulinen
toispuoleinen	45	<b>Jännitys</b>
säteilevä	55	ärsyttävä
syvä	73	ahdistava
<b>Paine</b>		tuskastuttava
pisto:		<b>Autonominen</b>
pistävä	45	närästävä
lävistävä	63	kuvottava
läpitunkeva	72	tainnuttava
viilto:		<b>Pelko</b>
terävä	43	pelottava
vihlova	55	kauhea
viiltävä	63	karmiva
repivä	79	<b>Arvio</b>
kuristus:		lievä
vyömäinen	27	kiusallinen
puristava	46	kova
kouristava	63	sietämätön
tukahduttava	73	tappava
musertava	82	

## KIVUNHOIDON KAAVAKE LÄNSI-TALLINAN KESKUSSAIRAALASSA

(Vapaa suomennos)

1. Potilas kuvaa kipukohdan
2. Mikä auttaa/lievittää kipua?
3. Mikä pahentaa kipua?

Kivun esiintymisaika:

- öisin
- levossa
- liikkeessa

Kivun voimakkuus:

- 0 – ei kipua
- 1-2 – lievä kipu
- 3-4 – kohtalainen kipu
- 5-6 – kova kipu
- 7-8 - erittäin kova kipu
- 9-10 – sietämätön kipu

Nukkuessa

Kivun esiintymiskohdat:

oikea/vasen vartalon puoli

oikea/vasen käsi

oikea/vasen rintakehä

oikea/vasen ylävatsa

oikea/vasen alavatsa

oikea/vasen reisi

oikea/vasen jalka

oikea/vasen olkapää





Kipu .... Tähtsimein  
Valulehe täitmine

Kipukohda kuvaamine (pohlas)  
1. Valukoha kirjeldus patsiendi poolt.....

2. Mis aitab valu leevendada:..... Mida ahta leevitaa kipu?

3. Mis suurendab valu:..... Mida pahentaa?

Valu aeg Kivun esinõlmise aeg  
\*esineb öösiti öösel  
\*rahulolekus leevsa  
\*liikumisel liikumisel

Valu ägedus Kivun võimekus

0 -valu pole ei kipu  
1-2 nõrk valu lieva kipu  
3-4 mõõdukas valu mõõduka  
5-6 tugev valu kova  
7-8 väga tugev valu eriti kova  
9-10 talumatu valu mitamaten

M - magamine nukkuin

Valu esinemiskohad (tõmmake joon alla)

Kivun esinõlmiskohad (allvõta)  
Parem / vasak kehapool oikea / vasen vartalon puoli  
Parem / vasak käsi - II - käsi  
Parem / vasak rindkere - II - rindakeha  
Parem / vasak ülakõht - II - ylävatsa  
Parem / vasak alakõht - II - alavatsa  
Parem / vasak reis - II - reisi  
Parem / vasak jalg - II - jalka  
Parem / vasak õlg - II - olkapää